Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1909.)

Berlin, 1909.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

# Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Januar. 1909. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1907.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasen-rachenraum.	Mundrachen-höhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	58	203	110	27	105	31	35	569
Deutschland	37	121	63	12	101	9	12	355
Grossbritannien und Colonien	11	67	48	9	82	10	13	240
Frankreich	13	62	45	12	56	18	14	220
Ungarn	3	41	19	5	44	2	3	117
Oesterreich	4	30	22	3	44	4	5	112
Italien	5	12	18	2	26	3	2	68
Belgien	3	22	15	4	17	4	2	67
Holland	4	21	10	3	21	3	1	63
Spanien	3	15	14	2	15	—	2	51
Polen	3	10	9	3	15	2	1	43
Dänemark, Norwegen . . .	3	10	8	2	14	2	3	42
Russland	2	8	7	2	10	1	2	32
Schweiz	2	5	2	5	6	2	—	22
Schweden	2	9	3	—	5	—	—	19
Zusammen	153	636	393	91	561	91	95	2020

Die Zahl der Beiträge hat sich wiederum vermehrt und 2000 Arbeiten resp. Vorträge überschritten, was seit 7 Jahren nicht vorgekommen ist. — In obiger Statistik sind zum ersten Male Oesterreich und Ungarn, Belgien und Holland, Schweden von den anderen skandinavischen Königreichen getrennt behandelt worden. Im Uebrigen bietet die Statistik keine Veranlassung zu besonderen Bemerkungen.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Victor Delsaux. Die Vortheile der Decimalclassification in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Avantages de la classification décimale en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Der Titel besagt, wofür der Autor in dieser Arbeit eintritt. PARMENTIER.

2) **Percy Goldsmith. Laryngologie und Rhinologie in ihren Beziehungen zur allgemeinen Medicin. (Laryngology and Rhinology in their relation to general medicine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Eine Aufzählung bekannter Dinge. EMIL MAYER.

3) **Pietri. Operationsstatistik der Abtheilung Prof. E. J. Moure's vom 31. December 1902 bis 31. December 1907. (Statistique opératoire du service de M. le Prof. E. J. Moure du 31. décembre 1902 au 31. décembre 1907.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 19, 21 u. 22. 1908.*

Die Statistik umfasst 220 Operationen, von denen 31 den Mund und Rachen, 81 die Nase und ihre Nebenhöhlen, 70 den Larynx, die Trachea und den äusseren Hals, 27 die Ohren betreffen. Verf. hebt bei jeder Art von Eingriffen die wesentlichen Punkte hervor und geht auf die Operationsmethoden ein, die von der Bordelaiser Schule angewendet werden. BRINDEL.

4) **E. Stangenberg. Die Gemeindeschulen in Stockholm. (Stockholms stads folkskolor.)** *Berättelse för ar 1907. Stockholm 1908.*

Aus dem Bericht für 1907 geht hervor, dass 3832 Kinder von den Hals- und Ohrenspecialisten untersucht wurden; von diesen Kindern litten 273 (7,1 pCt.) an Schwerhörigkeit, 370 (9,7 pCt.) an Ohrenentzündung, 725 (18,9 pCt.) an Nasenkrankheit, 357 (9,3 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 583 (15,2 pCt.) an Gaumenmandelhypertrophie. E. STANGENBERG.

5) **R. H. Johnston. Verlegung der Nase oder des Halses als eine Ursache für Nerven- und Geisteskrankheiten im Schulleben. (Obstruction in tho nose or throat as a cause of nervous and mental diseases in shool life.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. betrachtet als Ursache für die nervösen und psychischen Störungen in diesen Fällen das Fehlen des Sauerstoffs in der Inspirationsluft. Die vorkommenden Symptome sind: Schlaflosigkeit, Pavor nocturnus, Enuresis, Kopfschmerz, Stottern und andere Sprachstörungen, choreatische Zuckungen im Gesicht u. s. w. Verf. erwähnt auch nervösen Reflexhusten, Pseudomeningitis u. a. m. LEFFERTS.

6) **John T. Cronin. Obstruirende Anomalien des Mund-Nasen-Rachens, ein wichtiges prädisponirendes Moment für Tuberculose bei Schulkindern. (Obstructive abnormalities of the Oro-Nase-Pharynx, a powerful predisposing factor to tuberculosis in shool children.)** *N. Y. Medical Record. 10. October 1908.*

Verf. weist darauf hin, dass Kinder, die mit Tuberculösen zusammenleben, auf Grund von Abnormitäten in der Nase und im Pharynx ganz besonders der Infectionsgefahr ausgesetzt sind. LEFFERTS.

7) **Francke H. Bosworth. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Syphilis und Tuberculose. (The diagnostic value of symptoms of the upper respiratory tract in syphilis and tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Schilderung der Manifestationen von Syphilis und Tuberculose in den oberen Luftwegen. Von der Syphilis sagt Verf., sie habe „mehr einen explosiven als einen progressiven Charakter". Er legt besonderen Wert auf die Thatsache, dass die Syphilis in Nase und Hals keine Neigung hat, die anatomischen Grenzen zu überschreiten. LEFFERTS.

8) **Emil Mayer. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht und Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air tract in rheumatism, gout and diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. zeigt zuerst die ätiologische Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung des Rheumatismus, als dessen Eingangspforte in einer Zahl von Fällen die Tonsillen, besonders die Rachenmandel zu betrachten ist. Er bespricht dann die Erscheinungen, die der Rheumatismus in den oberen Luftwegen bisweilen macht, z. B. die Entzündung im Crico-arytaenoidgelenk und weist darauf hin, dass der Laryngologe nicht selten aus dem Befund in den oberen Luftwegen den Rheumatismus diagnosticiren kann. In practischer Hinsicht liegen die Verhältnisse bei der Gicht ähnlich; nur kommt hier noch hinzu, dass auch in der Nase bisweilen vasomotorsiche Störungen beobachtet werden, die gichtischen Ursprungs sind. Auf Diabetes kann man zuerst aufmerksam gemacht werden durch Trockenheit im Halse und leichte Ermüdung der Stimme. Mayer erwähnt hier auch Furunkulosis und Perichondritis des Larynx und diabetische Geschwüre des Pharynx.

LEFFERTS.

9) **William W. Simpson. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht, Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air passages in rheumatism, gout, diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. hat bei seinen klinischen Beobachtungen keinerlei Zusammenhang zwischen Angina und Rheumatismus constatiren können. LEFFERTS.

10) **Th. S. Harris. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen infolge des Larynx, Pharynx und der Nase bei Nasenkrankheiten. (The diagnostic value of symptoms of the Larynx, Pharynx and Nose in nervous diseases.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. bespricht die Symptome bei Tabes (Anosmie, Parosmie, ein- und doppelseitige Posticuslähmung, Ataxie der Stimmbänder, Larynxkrisen). Bei der multiplen Sklerose erwähnt er den Tremor beim Sprechen und eine abnorme Neigung der Stimme zur Ermüdung, ferner die bisweilen vorkommenden Lähmungen, besonders der Adductoren. Als Symptome der Syringomyelie führt er an: motorische Erscheinungen von Seiten des Larynx und herabgesetzte Reflexerregbarkeit der hinteren Rachenwand; für die progressive Bulbärparalyse sind charakteristisch die Erscheinungen von Seiten der Zunge, Lippen und des Larynx, doch sind letztere nicht sehr constant. Die progressive Muskelatrophie ist sehr oft von Symptomen des Pharynx und Larynx begleitet; diese bestehen gewöhnlich in Lähmungen, besonders des Larynx. Verf. bespricht dann noch die Paralysis agitans, die Hysterie, die Anästhesie und Hyperästhesie der Schleimhaut und die Dysphonia spastica.

LEFFERTS.

11) **E. Jürgens** (Warschau). **Affectionen des Gehörapparates, der Nase und des Halses infolge von Explosion von Bomben und infolge von Schüssen. (Affection s de l'appareil auditif, du nez et de la gorge, consécutives à l'explosion de bombes et à des coups de feu.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. H. 10. 1907.*

Die erste und zweite Gruppe betreffen Verletzungen des Ohres, besonders des inneren, insbesondere der Schnecke u. s. w. Andere Beobachtungen zeigen eine wunderbare Toleranz der Gewebe des Schädels und des Halses gegenüber Projektilen von ziemlich bedeutender Dimension.

In einem Fall von Verletzung der Highmorshöhle durch eine Feuerwaffe bemerkte J. eine auffallend leichte Regeneration der Sinuswand ohne plastische Operation.

In einem Fall von Kehlkopfverletzung trat Heilung ein, doch blieb die Rauhigkeit der Sprache, die nach dem Spiegelbild einer Unbeweglichkeit des einen Stimmbandes zuzuschreiben ist. Es würde sich demnach entweder um eine directe Verletzung des Recurrens handeln (was den Bewusstseinsverlust des Kranken erklärt, zumal die directe Vagusreizung häufig diesen Zustand herbeiführt), oder es ist die Narbenretraction im Bereiche des Schusscanals, die die Stimmbandparalyse veranlasst hat.

Dieses Beispiel beweist, dass man bei dergleichen Fällen mit der funktionellen Prognose sich sehr reservirt verhalten muss, und dass es sehr wichtig ist, die laryngoskopische Untersuchung öfters vorzunehmen.

PARMENTIER.

12) **J. A. Roorda Smit** (Rotterdam). **Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Gegen die auch den Rhinologen interessirende Myiasis empfiehlt Verf. auf Grund eigener Erfahrungen Einpuderungen von Calomel als sicherstes Mittel.

ZARNIKOW.

13) **Kuhn** (Kassel). **Einführung in die perorale Intubation.** *Med. Klinik. 29. 1908.*

In diesem Aufsatze versucht Kuhn eine Einführung in das Verfahren der peroralen Intubation zu geben, indem er die Indikationen, das Instrumentarium und die Methodik kurz bespricht.

SEIFERT (Würzburg).

14) **Dirk** (Berlin). **Ueber die Kuhn'sche Tubage.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1906.*

Die Kuhn'sche perorale Tubage hat sich dem Verf. bei einer grösseren Anzahl von Kopfoperationen vortrefflich bewährt. Besprechung der Technik und der Vorzüge der Methode.

ZARNIKOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **A. Trifiletti. Heftiges Nasenbluten bei einem Gichtkranken. (Violent epistaxis in a gouty patient.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. will nicht behaupten, dass das Nasenbluten ein gichtisches Symptom ist; er theilt seinen Fall nur mit als Beitrag zu der Frage des von einigen Autoren behaupteten Zusammenhangs zwischen Epistaxis und gewissen Diathesen.

EMIL MAYER.

16) **Escat. Rhinologische Diagnose einer versteckten Form von Werlhoff'scher Krankheit. (Diagnostic par le rhinologiste d'une forme insidieuse et ambulatoire de maladie de Werlhoff.)** *Annales des maladies de l'oreille. Februar 1907.*

Bei häufigem Nasenbluten, besonders bei Kindern, empfiehlt sich die sorgfältige Untersuchung der Haut, um festzustellen, ob man sich nicht einer forme fruste der Werlhoff'schen Krankheit gegenüber befindet. Verf. theilt zwei interessante hierher gehörige Beobachtungen mit.

BRINDEL.

17) **James W. Barrett. Zwei Fälle von Epistaxis, bei denen Unterbindung der Carotis externa nothwendig wurde. (Two cases of epistaxis in which ligation of the external carotid artery became necessary.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. Juni 1908.*

I. Ein 26jähriger Mann, der in Chloroformnarkose wegen Nasenpolypen operirt worden war, fing vier Tage darauf an, aus der Nase zu bluten. Die Nase wurde tamponirt und die Blutung stand. Am nächsten Tage wurde der Tampon entfernt. In der Nacht wiederholte sich die Blutung. Pat. blieb 10 Tage im Bett, während dieser Zeit traten häufige Blutungen auf. Die Carotis externa wurde unterbunden. Es trat, obwohl Pat. sehr schwach war, Heilung ein.

II. 35jähriger Mann. Fünf Tage nach linearer Cauterisation der unteren Muschel sehr starke secundäre Blutung, die auf Tamponade stand. Einige Tage darauf neue Blutung; als sich diese in den nächsten Tagen sehr häufig und heftig wiederholten, Unterbindung der Carotis externa.

Beide Fälle betrafen keine Hämophilen, im Blut war kein Eiweiss.

A. J. BRADY.

18) **R. M. Mc. Kinney. Tödtliche Nasenblutung bei einem Hämophilen; Tod infolge septischer Pneumonie. (Fatal nasal hemorrhage in a Hemophiliac; death from septic pneumonia.)** *Memphis Medical Monthly. Mai 1908.*

19jähriger Mann, bekam nach einer Erregung anhaltendes Nasenbluten, das nicht zu stillen war. Der Vater war Bluter gewesen; Pat. hatte selbst häufig an Nasenbluten gelitten.

EMIL MAYER.

19) **Hummel** (Herrnhut). **Ein Fall von prodromaler Epistaxis.** *Fortschritte der Medicin. 4. 1908.*

In Uebereinstimmung mit de Cigna ist der Verf., gestützt auf einen Fall eigener Beobachtung, der Ansicht, dass man das idiopathische Nasenbluten älterer Individuen als Warnungszeichen für drohende Apoplexie ansehen solle.

SEIFERT (Würzburg).

20) **Lublinski** (Berlin). **Ueber die Anwendbarkeit des „synthetischen" Suprarenins auf die Schleimhaut der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43. 1907.*

1:1000 in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, hält sich das synthetische Präparat, oxydirt nicht, d. h. wird nicht braun wie das organische Präparat. Auf der Nasenschleimhaut soll das synthetische Präparat nicht so brennend empfunden werden. Abkochen zerstört es nicht.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Edvard Nielsen** (Dänemark). **Wasserstoffhyperoxyd (wässerige Auflösung von Perhydrol) bei Nasenblutungen. (Brintoverilte [vandig Oplósning af Perhydrol] ved Näseblódninger.)** *Ugeskrift f. Laeger. S. 123. 23. Januar 1908.*

Hat wässerige Auflösung von Perhydrol mit gutem Erfolg gegenüber Nasenblutungen versucht.

E. SCHMIEGELOW.

22) **T. Bobone. Schleimpolypen der mittleren Muschel und kalter Abscess der unteren Muschel in derselben Nase. (Polipi mucosi del turbinato medio ed ascesso freddo del turbinato inferiore nell'istessa narice.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. X. 1908.*

Verf. hielt den Abscess der unteren Muschel seinem Aussehen nach zuerst gleichfalls für einen Polypen; als es aber nicht gelang, die Schlinge um die Geschwulst herumzulegen und er ein galvanokaustisches Messer in diese hineinstach, quoll ein Esslöffel gelblichen dünnen Eiters heraus.

FINDER.

23) **F. Chavanne** (Lyon). **Papillome der Nasenhöhlen. (Papillemes des fosses nasales.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1907.*

Interessante Monographie. Nach der pathologischen Anatomie bildet das Papillom eine streng sich von den anderen Neubildungen und den einfachen papillären Hypertrophien unterscheidende Geschwulst, der man in allen Theilen der Nasenhöhlen begegnen kann. Die vorgeführten Beobachtungen lassen sich in 3 Gruppen eintheilen:

1. Papillom der Nasenlöcher und des vorderen Theils der Nasenhöhlen,
2. Papillom des Nasopharynx und der hinteren Nasenhöhlenmündungen,

3. Papillom des mittleren Nasenganges und der Nasennebenhöhlen.

Die verschiedenen die zweite und dritte Gruppe bildenden Beobachtungen halten der Kritik nicht Stand; man muss ohne Zweifel die Möglichkeit von Papillomen in diesen Gegenden zugeben, aber die Thatsachen erweisen, dass sie dort nur ausnahmsweise auftreten und dass sie meist von localisirten Hypertrophien und Geschwülsten anderer Natur — sei es gutartiger, sei es bösartiger Natur vorgetäuscht werden.

PARMENTIER.

24) **Jonathan Wright. Dauernd wiederkehrende Papillome der Nasenhöhlen nebst einigen Bemerkungen über die Differentialdiagnose der Epithelwucherung. (Persistently recurring papillomata of the nasal chambers with some remarks on the differential diagnosis of epithelial proliferation.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Papillome der Nasenhöhle sind in jeder Form sehr selten; es sind wohl nicht mehr als 20 Fälle bekannt.

Verf. wendet sich sehr eindringlich gegen die Annahme, dass die Papillome die Neigung zu maligner Umwandlung haben. Er unterscheidet scharf zwischen der harmlosen Neigung der Papillome, zu recidiviren und den unheilvollen Recidiven maligner Epitheliome. Verf. citirt drei Fälle, darunter den von Verneuil, in dem schliesslich sehr grosse äussere Operationen vorgenommen wurden.

Zu Verwechslungen Anlass geben können die benignen Adenome (Zottenkrebs Billroth's). Verf. hat bisweilen solche Adenome für bösartig erklärt, bis ihn der klinische Verlauf über die Gutartigkeit der Geschwulst belehrte. In diesen Fällen lässt auch die histologische Untersuchung oft im Stich. In vielen Fällen giebt erst die klinische Beobachtung im Verein mit der histologischen Untersuchung Aufschluss.

Die Tendenz für Epithelproliferation ist oft begleitet von einer Keratose der obersten Epithelschichten. Es ist möglich, dass dieser Neigung zur Keratose eine constitutionelle Dyskrasie zn Grunde liegt.

EMIL MAYER.

25) **William C. Braislin. Ein seltener Nasentumor. Fibrom des hinteren Endes der mittleren Muschel. Bericht über einen Fall. (A rare nasal tumor. Fibroma of the posterior end of the middle turbinate. Report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

26) **A. Schmidt** (Würzburg). **Ein Fall von Fibroma oedematosum der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 517. 1907.*

Es handelt sich um einen erbsengrossen dünngestielten Tumor rechts am Septum bei einer Ozaena nasi et laryngis. Der Tumor war dauernd mit einer Ozaenaborke bedeckt, die somit vom Verf. als ätiologischer Factor angesprochen wird. Die kleine Neubildung besteht histologisch aus äusserst gefässarmem Bindegewebe, das mit Pflasterepithel bedeckt ist. In der ganzen Ausdehnung des Präparates sind keine Drüsenlumina vorhanden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

27) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber die blutenden Polypen der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 25. 1907.*

Beschreibung zweier Fälle von blutenden Polypen der Nasenschleimhaut, deren erster von der Nasenscheidewand, der zweite von der unteren Muschel links ausging. Im ersten Falle handelt es sich um ein Fibroangiom, im zweiten um ein Cavernom, beide gutartigen Charakters. Beiden Fällen eigenthümlich war, dass sie bei Frauen und zwar in Beziehung zum Genitaltractus vorkamen, im Fall 1 nach Abschluss der Gravidität, im Fall 2 während derselben; ferner der linksseitige Sitz, übereinstimmend mit den ursprünglichen Anschauungen über den Lieblingssitz der blutenden Polypen. — Beigefügt sind mikroskopische Abbildungen und ausführliche Literaturangaben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **Hermann Streit** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Beiträge zum Sklerom, insbesondere zur Frage: Giebt es Unterschiede zwischen Sklerom- und Friedländerbacillen und welche Rolle spielt der Sklerombacillus bei der Entstehung des Skleroms?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 408. 1907.*

Verf. berichtet über seine Versuche im Anschluss an die Mittheilung eines Falles. Zur Lösung der schwierigen Frage des Skleroms räth er, jeden Fall mit pathologisch-histologischem Befund zu veröffentlichen.

„Die histologische Untersuchung ist und bleibt nach dem heutigen Stande der Skleromfrage das einzig bestehende in der Erscheinungen Flucht; ihr muss man unter allen Umständen das entscheidende Wort für die Diagnose einräumen."

Nachdem Verf. eingehend die Resultate mit biologisch-chemischen Methoden, besonders die durch Bakterien bedingte Vergärung von Zuckerarten (Traubenzucker, Rohrzucker, Milchzucker), sowie ihr Wachsthum in Lakmusmolke besprochen und dann gezeigt hat, dass ebensowenig wie diese Methoden die serodiagnostische Methode bisher Ergebnisse gezeitigt hat, die für die Identitätsfrage von Sklerom- und Friedländerbacillen von einschneidender Bedeutung sind, kommt er zum Schluss nach Eingehen auf die Thierpathogenität zu folgendem Facit:

Bis zum heutigen Tage ist der Beweis dafür, dass der sog. Sklerombacillus der alleinige Erreger des als Sklerom bezeichneten endemisch auftretenden Krankheitsbildes sei, nicht mit evidenter Sicherheit erbracht. Dagegen ist aller Wahrscheinlichkeit nach als sicher anzunehmen, dass der Sklerombacillus durch seine Invasion im Gewebe die hyperplastischen Stadien des Krankheitsbildes erzeugt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Mittheilungen über Sklerom. Sklerom bei einem 9jährigen Mädchen aus Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 100. 1907.*

Genaue Beschreibung eines Skleromfalles, in welchem Verf. schon aus dem makroskopischen Befund (bohnen- bis erbsengrosse harte Tumoren der einen Nasenhälfte, subglottische Wülste des Larynx) die Diagnose sicher stellte, wie er überhaupt auf diese Art der Diagnosestellung den grössten Werth legt.

Zur Erleichterung dieser stellt er für den Arzt möglichst fest umrissene klinische Bilder auf:

Granulationen auf der Nasenschleimhaut, Verengungen des Nasenrachens durch Falten- oder Kulissenbildungen und subglottische Wülste im Kehlkopf: Sklerom.

Atrophischer Nasenkatarrh bei gleichem Befund im Nasenrachen und Kehlkopf: Sklerom.

Granulationsbildung oder atrophischer Katarrh der Nase, Kulissenbildung im Nasenrachen bei gesundem Kehlkopf: Sklerom.

Bei Fehlen der charakteristischen Veränderung im Nasenrachen: Granulationsbildung der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom wahrscheinlich; atrophischer Katarrh der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom möglich.

Bei Kulissenbildung im Nasenrachen kann bei Vergesellschaftung mit supraglottischen Infiltraten und Tumoren des Larynx auch die Skleromdiagnose gestellt werden. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **Linck** (Frankfurt a. M.) **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Privatdocenten Dr. Streit: „Weitere Beiträge zum Sklerom".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 172. 1907.*

Linck tritt dafür ein, dass die Skleromdiagnose in charakteristischen Fällen des mikroskopischen Befundes entbehren kann, zumal das Mikroskop zuweilen versagt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Antwort auf die Erwiderung des Herrn Dr. Linck zu meiner Arbeit: „Weitere Beiträge zum Sklerom etc.".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 174. 1907.*

Verf. hält an der Nothwendigkeit der Ergänzung der makroskopischen Skleromdiagnose durch mikroskopischen Befund fest.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **F. Schmithuisen. Die Heilung des typischen Nasenrachenpolypen vermittest der Elektrolyse.** *Dissert. Rostock 1906.*

Sch. behandelte 7 Fälle von Nasenrachenpolypen mit gutem Erfolge mittelst der Elektrolyse und folgender Caustik.

Die natürlichen Zugänge von Nase und Hals reichen vollständig zur Beseitigung der Geschwulst aus, und muss deshalb jede Voroperation bei nicht complicirten Nasenrachenpolypen als überflüssig bezeichnet werden. OPPIKOFER.

33) **Helman. Der heutige Stand der Lehre von den Nasenrachenpolypen nebst Beitrag zur Casuistik dieser Geschwülste. (Obecny stan wichy o t. zw. polipach nosogarchselowych oraz pnyczynek do kazuistyki tych nowotwosów.)** *Czasopismo Lekarskie. 1908.*

Nachdem Verf. ausführlich die geschichtliche Entwickelung, Symptomatologie, Aetiologie, Therapie der sogen. Nasenrachenpolypen auseinandergestetzt hat, stellte er auf Grund eigener Beobachtungen diese Schlusssätze auf:

1. Die Nasenrachenfibrome bilden eine eigenartige selbstständige Gruppe in der Reihe der Nasenrachenraumgeschwülste.

2. Die Nasenrachengeschwülste sollen so früh als möglich operirt werden, da dieselben eine grosse Wachsthumsenergie zeigen.

3. In den meisten Fällen genügt gewöhnlich vollständig die Entfernung per vias naturales.

4. Nur in vereinzelten Fällen, wo der schlechte Zustand des Kranken Athemnoth, oder wo Symptome einer intracranialen Complication infolge Eindringens der Geschwulst in die Schädelbasis eine baldige Intervention nöthig machen, wie auch bei retromaxillären Geschwülsten ist eine eingreifende Operationsmethode (Präliminaroperation) indicirt, deren Auswahl vom Ausgangspunkte und der Verbreitung der Tumoren abhängt.

5. Bei Patienten mit abgeschlossener Schädelbildung oder bei denen, die nahe dieser Periode stehen (25—30 Jahre), soll man sich, trotz des grossen Umfanges der Tumoren, sogar bei Anwesenheit von Verwachsungen und Fortsatzbildungen mit palliativen Methoden begnügen, da erfahrungsgemäss nach dem Abschluss der Pubertätsperiode oftmals spontan oder auf geringfügige Eingriffe die Fibrome auf dem Wege der Regeneration und Rückbildung vollständig verschwinden.

6. Bei bösartigen Geschwülsten reichen die rhinologischen Methoden nicht aus, ja, sie können sogar das Wachsthum durch Reaktion beschleunigen. In diesen Fällen ist eine totale Exstirpation durch eine eingreifende Präliminaroperation trotz den Entstellungen und der Gefahr, die diese Operation nach sich zieht, conditio sine qua non.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss nebst 7 Krankengeschichten und Tumorbildungen, die Verf. beobachtet und entfernt hat, sind der Arbeit beigefügt.

A. v. SOKOLOWSKI.

34) **Chr. Schmidt** (Chur). **Ein echtes Papillom des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 556.*

Bericht über die histologische Untersuchung des mit dem Beckmann'schen Ringmesser entfernten Tumors.

F. KLEMPERER.

35) **Goris** (Brüssel). **Unterlassung einer wichtigen Operation wegen Verkennung der Diagnose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 1.*

Eine Geschwulst an der oberen rechten Seitenwand des Nasenrachenraumes wurde lange Zeit übersehen und wurde in Folge Fehldignose an dem Kranken, der über heftige Neuralgien im Gebiete des Proc. alveolaris des Oberkiefers, später auch des Unterkiefers, litt, mehrere Zahnextractionen, eine partielle Kieferresection, sowie Kuren mit Analgeticis, ja sogar suggestive Therapie, natürlich ohne Erfolg, vorgenommen. Bei rechtzeitiger Erkennung des Leidens hätte eine schmerzlindernde, wenn nicht heilende Operation ausgeführt werden können.

HANSZEL.

36) **Frederic Eve** (London). **Einige Operationen zur Entfernung bösartiger Geschwülste aus dem Nasenrachen. (Some operations for the revomal of malignant growths from the naso-pharynx.)** *British Medical Journal. I. p. 485. 1907.*

Verf. beschreibt eine osteoplastische Oberkieferresection, die, wie er be-

hauptet, die Integrität des Oberkiefers gewährleistet und eine gründliche Freilegung des Nasenrachens, sowie des oberen und hinteren Theiles der Nase gestattet. Die Details lassen sich in Form eines Referates nicht wiedergeben. In einem Fall von Fibrosarkom wurde diese Operation mit gutem Erfolg ausgeführt.

JAMES DONELAN.

37) **Rhodes** (Chicago). **Sarkom des Nasenrachens; Behandlung mit Adrenalininjectionen. (Sarcome du naso-pharynx; traitement par les injections d'adrénaline.)** *Arch. Internat. de laryngol. No. III. Mai-Juni 1907.*

Verf. hat in einem Fall von inoperablem Nasenrachensarkom Pinselungen und Injectionen mit Adrenalin versucht. Er constatirte darauf eine gewisse Verkleinerung im Volumen des Tumors, einen Stillstand im Verlauf der Krankheit und eine Abschwächung der schmerzhaften Erscheinungen. BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

38) **Meredith Young** (London). **Moderne Methoden zur Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (Modern methods of treating infective conditions of the throat.)** *Lancet, London, 28. März 1908.*

Verf. liefert einen interessanten Aufsatz über die Bakteriologie des Nasopharynx, zu dem ihm das Säuglingsheim und die Patienten eines grossen Hospitals für Infectionskrankheiten das Material geliefert haben. Er beschreibt die Untersuchungen, die gemacht wurden, um Antiseptica in den Pharynx zu appliciren und die damit erzielten Resultate, das Gurgeln gab auch bei Personen, die es geschickt ausführten, geringe Resultate, während der verständige Gebrauch von Spülungen bei geübten Patienten die besten Resultate gab. Für den Gebrauch seitens der Patienten selbst erweisen sich besonders Pastillen als sehr befriedigend und Verf. tritt warm für eine weitere Vervollkommnung der Vehikel in der Pharmakopoe ein. Das als „Izol" bekannte Präparat hatte in dem Fall von Staphylococcus aureus und albus eine sehr gute baktericide Wirkung, während sich Borsäure in allen Fällen als nutzlos erwies. Für Spülungen gaben Lösungen von Chlorcalcium 1:200 die besten Resultate. Die nächstbesten Lösung von Sublimat 1 : 1500. In allen Fällen wurden die besten Ergebnisse mit Pastillen erzielt, speciell wenn sie Formaldehyd enthielten. Verf. bediente sich der Formaminttabletten in allen Formen septischer Halsentzündungen, einschliesslich Scharlach und Diphtherie. Die Anwendung vermehrte keineswegs die Neigung zu Albuminurie. im Gegentheil, diese verschwand, wo sie vorhanden war, während der Anwendung des Formaldehyds.

JAMES DONELAN.

39) **J. L. Goodale. Localbehandlung acuter Entzündungen des Halses vom Standpunkt der Pathologie. (Local treatment of acute inflammation of the throat from the standpoint of pathology.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1907.*

Antiseptica sollen bei Angina und im Anfang der Erkrankung gebraucht werden, so lange noch die Möglichkeit besteht, diese zu coupiren. Sind erst die characteristischen Eiterpfropfen in den Lacunen erschienen, so sollen die Anti-

septica fortgelassen werden, da sie dann nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sind, indem sie auf die Gewebszellen und die Phagocyten eine destructive Wirkung ausüben; ferner vermindern sie die Zahl der Bakterien in den Lacunen, durch die das Toxin gebildet wird und verlängern so die zur Bildung der nothwendigen Menge von Antikörpern erforderliche Zeit. Auf die Anwendung von Antisepticis kann erhöhtes Fieber und Adenitis folgen, die auf eine vermehrte Resorption von Toxin in den Organismus hinweisen. In Fällen, in denen der acute Anfall scheinbar durch die Antiseptica coupirt ist, können kurz nachher Entzündungserscheinungen in der Nachbarschaft folgen, die längere Zeit anhalten.

LEFFERTS.

40) G. W. H. Merrill. **Atypische Fälle von Tonsillar- und Peritonsillarinfection mit einer ungewöhnlichen Complication. (Atypical cases of tonsillar and peritonsillar inflammations with one unusual complication.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Die Complication bestand in einer Orbitalaffection, bei der es zu einer Ophthalmoplegia externa nebst mässigem Exophthalmus kam. Die Venen der Retina waren weit und gefüllt, und es fanden sich alte und frische Flecke von Chloroiditis. Der Fall begann mit einem Peritonsillarabscess, der aufbrach; es folgte ein allgemein septischer Zustand. Eine in der Peritonsillargegend gemachte Incision hatte eine heftige Blutung zu Folge.

Die Arbeit handelt besonders von den Schwierigkeiten, die es bisweilen macht, den Eiterherd zu finden. Verf. erörtert diese Schwierigkeiten an der Hand von vier Fällen.

LEFFERTS.

41) M. Young. **Diagnose und Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (The diagnosis and treatment of infective throat conditions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. bespricht die Differentaldiagnose folgender Affectionen: Scharlachangina, septische Tonsillitis, folliculäre Angina, Diphtherie, Syphilis, Rachenerysipel, Pneumokokken und Streptokokken des Halses.

LEFFERTS.

42) Arturo Cantieri. **Tonsillitis phlegmono-gangraenosa und Tonsillotomie. (Tonsillite flemmono-gangrenosa e tonsillotomia.)** *Bollett. delle malattie dell' orecchio etc. No. X. 1908.*

Fall eines 39jährigen Mannes; nach Eröffnung des Abscesses war eine weite Höhlung mit nekrotischen Gewebsfetzen vorhanden. Curettage derselben; Pinselungen mit Kalium permanganat. Später Tonsillotomie.

FINDER.

43) Parmentier. **Giebt es eine phlegmonöse Amygdalitis pharyngealis? (Existe-t-il une amygdalite pharyngée phlegmoneuse?)** *Le Progrès Médical Belge. No. 14. 1907.*

Autor fragt sich bei dieser leider auf eine nur zu wenig beweiskräftige Beobachtung sich stützende Arbeit, nachdem er noch auf seinen Artikel im Progrès Médical, p. 73 hinweist, ob nicht die Rachentonsille ebenso wie die Gaumen-

mandeln der Sitz einer Phlegmone werden könne. Obgleich er zur Bejahung der Frage neigt, lässt er sie doch dahin gestellt. AUTOREFERAT.

44) **A. Larrouy. Die frühzeitige ulceröse Scharlachangina. (L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1907.*

Die Scharlacherkrankung kann zu Ulcerationen im Pharynx führen. Lieblingssitz dieser meist nur einzeln auftretenden Geschwüre ist die Tonsille. Das Ulcus stellt sich frühzeitig vor oder mit dem Scharlachexanthem ein und hat wenig Tendenz, sich auszubreiten. Nur ausnahmsweise sah L. ein Uebergreifen von der Tonsille auf die Gaumenbögen und die Uvula. Die Drüsen sind geschwollen, aber vereitern nicht.

Verf. beobachtete auffallend häufig, bei 72 Scharlachpatienten 9 Mal, eine ulcerirende Angina. Die 9 Fälle, deren Krankengeschichten in der Arbeit wiedergegeben werden, verliefen günstig. OPPIKOFER.

45) **Guimezane. Beitrag zum Studium der pseudo-membranösen Anginen. (Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneues.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Verf. beschreibt eine Form der pseudomembranösen Angina, die sich klinisch nicht von den Anginen derselben Art unterscheidet und durch einen nach Gram nicht färbbaren Diplococcus hervorgerufen wird. Experimentell erzeugt dieser Diplococcus Pseudomembranen; er hat verschiedene Virulenz und ist oft mit dem Löffler'schen Bacillus bei der diphtherischen Angina vergesellschaftet.

BRINDEL.

46) **L. Costa. Ueber die Angina im Anschluss an Gicht. (Contribution à l'étude de l'angine goutteuse.)** *Dissert. Montpellier 1906.*

Verf. stellt 10 Fälle von Angina urica aus der Literatur zusammen und fügt eine eigene Beobachtung hinzu. Diese Art von Angina tritt kurze Zeit vor dem eigentlichen Gichtanfall auf; sie verursacht heftige Schmerzen, verläuft aber rasch. Auf ihrem Höhestadium gleicht die Erkrankung einer Peritonsillitis, ohne dass aber Eiter oder Drüsenschwellung nachweisbar sind. Die Temperatur schwankt zwischen 37,5° bis 38,5°. OPPIKOFER.

47) **Cordillot. Orchitis mit Hodenatrophie in einem Fall von herpetischer Angina. (Orchite avec atrophie testiculaire dans un cas d'angine herpétique.)** *Arch. de méd. militaire. December 1907.*

Ein junger Soldat, der alle Zeichen einer herpetischen Angina aufwies, bekam am 7. Tage Schmerzen im rechten Hoden; dieser schwoll an, ohne dass der Nebenhoden daran theilnahm. Kein Harnröhrenausfluss. Nach vier Tagen Rückgang der Hodenentzündung; es trat darauf vollkommene Atrophie des Hodens ein.

A. CARTAZ.

48) **H. A. Laan** (Utrecht). **Gangrän eines Fusses und eines Unterschenkels im Anschluss an eine Angina. (Gangraen van een voet en een onderbeen bij een kind in aansluiting aan een angina.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 241. 1908.*

Vernachlässigter Fall. Der 7jährige Knabe hatte Schluckschmerzen, weisse

Flecke im Halse, schmerzhafte Drüsenschwellung und fühlte sich krank. Nach 14 Tagen waren die lokalen Erscheinungen verschwunden; es bestand aber Oedem des Gesichts und der Extremitäten, das in wenigen Tagen wieder verschwand. Indessen waren die Beine blau und eiskalt geworden; auch bildete sich ein Abscess an den Hinterbacken, der nur ganz langsam ausheilte. Zwei Monate nach dem Anfang der Erkrankung war eine scharfe Demarkation zwischen todtem und lebendigem Gewebe aufgetreten. Der Abstossungsprocess wurde der Natur überlassen und war erst nach weiteren 4 Monaten abgelaufen. Der rechte Unterschenkel war fast ganz, der linke Fuss grösstentheils verloren gegangen.

Erst zwei Jahre nach der Halsentzündung, über deren Natur jetzt nichts Näheres bestimmt werden kann, haben sich die Eltern entschlossen, für ihr Kind, das weder stehen noch gehen kann, ärztliche Hülfe einzuholen. Ausser den schlecht geheilten Extremitäten hat der Knabe auch eine ausgesprochene Mitralinsufficienz. Im Anfange der Gangränbildung soll er Anfälle von Herzklopfen und Atemnoth gehabt haben, während der Harn in diesen Tagen sehr dunkel, fast schwarz gewesen sein soll.

Es folgt die Beschreibung der jetzt eingeleiteten chirurgischen Behandlung der unteren Extremitäten. Verf. verbreitet sich an der Hand der Literatur über die Natur der spontanen Gangrän der Extremitäten bei Kindern. H. BURGER.

49) **L. Bernard** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündungen. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. August 1908.*

Ausser den Scharlachanginen giebt es noch Nephritiden nach einfacher Angina, bei denen oft sehr starke Albuminurie vorhanden ist, die aber gewöhnlich sehr schnell wieder verschwinden. GONTIER de la ROCHE.

50) **Comby** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündung. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. Paris. 6. November 1908.*

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. diese Nephritiden für gutartig. Hämaturie ist im Beginn die Regel. Bisweilen constatirt man Aufgedunsenheit des Gesichts und Anasarca. In 2 Fällen hat Verf. eklamptische Anfälle auftreten sehen. Nicht nur die Tonsillen, sondern der ganze Pharynx können Ausgangspunkt für die Nephritis sein. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

51) **Gereda** (Madrid). **Nasendiphtherie. (Difteria nasal.)** *Doctordissertation. October 1907.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

52) **Rueda** (Madrid). **Nasen- und Rachendiphtherie. (Difteria nasal y faringea.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 11.*

Fall eines 2jährigen Kindes, das 2 Tage, nachdem sein Bruder an Rachendiphtherie erkrankt war, eine Rhinitis fibrinosa bekam. R. ist der Ansicht, dass die Rhinitis fibrinosa eine Diphtherie mit abgeschwächter Virulenz sei. TAPIA.

53) **John Howland. Circulationsstörungen bei Diphtherie. (Circulatory disturbances in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Fettige Degeneration des Herzens findet sich häufig; nicht so häufig sind Thrombosen und Embolien. Der Tod trat ein in Folge Lähmung der vasomotorischen Centren. Die bei postdiphtherischen Circulationsstörungen zu gebrauchenden Medicamente sind: Digitalis, Coffein, Nitroglycerin. Indicationen für deren Anwendung giebt Unreinheit des ersten Herztons.

LEFFERTS.

54) **Howard T. Kassner. Das Blut bei Diphtherie. (The blood in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 10. October 1908.*

Es wird allgemein behauptet, dass Myelocyten im peripherischen Blut Diphtheriekranker zahlreicher sind, als bei anderen Infectionskrankheiten, und es ist festgestellt worden, dass, wenn der Procentsatz von diesen 2 oder mehr erreicht, die Prognose sehr ernst ist. Viele Autoren haben sich mit dieser Annahme nicht einverstanden erklärt. K. hat sowohl vor wie nach der Injection von Antidiphtherieserum keine Myelocyten gefunden. Aus seinen Untersuchungen in 13 Diphtheriefällen ergiebt sich das Vorhandensein einer mässigen Leukocytose. In äusserst toxischen und äusserst milden Fällen kann diese Leukocytose fehlen. In den Verhältnissen der verschiedenen Formen der weissen Blutkörperchen ist nichts Abnormes zu constatiren. Weder der Grad der Leukocytose noch die Proportionen der verschiedenen Zelltypen lassen irgend welchen Schluss auf die Schwere der Infection zu, noch übt das Antitoxin irgend welchen Einfluss darauf aus.

LEFFERTS.

55) **Isaac M. Heller. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Sofort nach der Injection fiel der Knabe bleich und bewusstlos um; die Pupillen waren dilatirt, der Radialpuls nicht zu fühlen. Pat. erhielt subcutan Strychnin; es wurde künstliche Athmung eingeleitet und erst nach 10 Minuten kehrte das Bewusstsein wieder. Pat. fühlte sich danach wieder völlig wohl; jedoch nach 3 Stunden trat ein neuer Collapsanfall ein. Die beiden anderen Geschwister des Pat. hatten von demselben Antitoxin Injectionen erhalten, ohne dass irgend welche Nebenerscheinungen eintraten. Verf. glaubt, dass er bei dem Knaben den ganzen Inhalt der Spritze in eine Vene injicirt habe und dass der Collaps in Folge des plötzlichen Eintrittes einer grossen Flüssigkeitsmenge in den Blutstrom eintrat.

EMIL MAYER.

56) **G. Middleton. Fall von diphtherischer Lähmung mittels Injectionen von Roux'schem Antidiphtherieserum behandelt. (Case of diphtheritic paralysis treated by injections of the antidiphtheric serum of Roux.)** *Lancet. 18. Juli 1908.*

Es handelte sich um einen 31jährigen Mann mit ausgesprochenen Lähmungserscheinungen an Armen und Beinen. Diese Symptome verschlechterten sich nach

der Anwendung des faradischen Stroms. Es wurden 6 Tage lang 10 ccm Roux'sches Serum und dann 20 ccm davon injicirt. Es trat sehr rapide Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

57) **Dobrowolsk. Zwei Fälle von Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (Dwa pnypadki gruzlicy krtani u dzieu.)** *Medycyna. No. 38. 1908.*

Verf. hat 2 Fälle von Kehlkopftuberculose bei Kindern beobachtet. Bei einem 5jährigen Knaben, der seit 2 Monaten an starken Halsschmerzen, Atemnoth und Anämie litt, fand man im Auswurf Tuberkelbacillen, im Urin Spuren von Eiweiss. Das Kind starb nach 9 Tagen. In den Lungen wurden deutliche Spitzeninfiltrate nachgewiesen, Epiglottis stark infiltrirt, das Innere des Kehlkopfs kaum sichtbar. Bei der Autopsie wurden deutlich nachweisbare tuberculös-käsige Massen in den Lungen, im Kehlkopfe Infiltrate der Stimmbänder und der Epiglottis mit deutlichen frischen tuberculösen Ablagerungen gefunden.

Der zweite Fall betrifft ein 1 Jahr und 4 Monate altes Mädchen, das seit 3 Monaten an Lungenentzündung krank war, das Kind hatte hohes Fieber und war sehr entkräftet. Im Auswurf wurden Tuberkelbacillen entdeckt. Auf dem hinteren Theil des Pharynx wie auf der linken Gaumenmandel befand sich ein grauer Belag in Grösse eines Markstückes: Laryngoskopiren war unmöglich. Der Belag machte den Eindruck eines diphtheritischen. Im Laufe von 2 Wochen wurde die stark infiltrirte Epiglottis sichtbar. Nach einigen Monaten starb das Kind. Bemerkenswerth ist das Alter der Kranken und die Dysphagie, wobei bei starkem Husten Blut zum Vorschein kam.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **R. Sokolowski** (Königsberg). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Bd. X. H. 6. 1908. Marhold, Halle a. S.*

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Frage des Einflusses der Gravidität auf die Tuberculose und die Berechtigung resp. Verpflichtung der Einleitung eines Aborts bei schwangeren Frauen mit Kehlkopftuberculose berichtet S. über 5 neue Fälle aus Gerber's Praxis und kommt auf Grund des gesammten vorliegenden Materials zu folgenden Leitsätzen:

1. Die Complication der diffusen Larynxtuberculose mit Schwangerschaft führt in den meisten Fällen zum Tode der Mutter; ebenso ist die Mortalitätsziffer der unter solchen Umständen geborenen Kinder eine sehr grosse.

2. Eine Ausnahme von dieser ungünstigen Prognose bilden
   a) die tuberculösen Larynxtumoren,
   b) diejenigen Fälle, wo die Larynxtuberculose erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft auftritt.

3. Bei Schwangeren, die sich im terminalen Stadium ihrer tuberculösen Erkrankung befinden, wo jede Rettung ausgeschlossen erscheint, hat ein operativer Eingriff zu unterbleiben; nur unter ganz besonderen Umständen — als Indicatio symptomatica — wäre hier eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen.

4. Bei den übrigen — mit Ausnahme der unter 2. genannten — ist der künstliche Abort anzurathen, und zwar ist die Prognose um so besser, je früher der Eingriff ausgeführt wird. Daher sind auch die Chancen für die Rettung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt beinahe gleich Null.

5. Der Tracheotomie ist eine heilende Wirkung nur in den seltensten Fällen zuzusprechen; als Indicatio vitalis wird sie öfter in Betracht kommen.

6. Um den günstigen Zeitpunkt für eine möglichst frühzeitige Vornahme des künstlichen Abortes nicht zu versäumen, soll bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose zu uns kommt, eo ipso auf Gravidität gefahndet werden.

7. Die allgemein gültigen Regeln über das Eheverbot Tuberculöser, sowie die Verhütung der Conception (facultative Sterilität) sind strengstens zu beachten.

8. In geeigneten Fällen wird es sich vielleicht empfehlen, im Anschluss an den günstig verlaufenen künstlichen Abort die künstliche Sterilisirung anzurathen.

A. ROSENBERG.

59) **B. Robinson. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *American Journal Medical Sciences. August 1908.*

Verf. hält für die Hauptpunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose: Stimmruhe und Inhalationen. Er ist kein Anhänger der intralaryngealen Chirurgie bei Kehlkopftuberculose. Verf. lässt seine Patienten eine Art Respirator aus Zink tragen, die mit in Kreosot und Alkohol getränkter Watte gefüllt sind.

EMIL MAYER.

60) **Felkin Hilt. Werth der vollkommenen Stimmruhe als therapeutisches Hülfsmittel bei Larynxtuberculose. (Value of complete vocal rest as an aid to recovery from laryngeal tuberculosis.)** *British Medical Journal. Vol. I. p. 1411. 1907.*

Mittheilung von Fällen, die durch Sanatorienbehandlung günstig beeinflusst wurden.

E. B. WAGGETT.

61) **G. Fineman** (Gefle, Schweden). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose, besonders mit Galvanokaustik. (Larynxtuberculosens behandling särskildt med galvanokaustik.)** *Vortrag in der Sitzung der oto-laryngologischen Gesellschaft in Stockholm vom 24. October 1908.*

Verf. tritt als ein grosser Freund dieser Behandlung auf, durch welche sowohl die subjectiven Unannehmlichkeiten wie die objectiven Veränderungen günstig beeinflusst werden. Die einzige Contraindication liegt nach der Meinung des Verfassers dann vor, wenn die allgemeinen Kräfte des Kranken so herabgesetzt sind, dass man befürchten muss, dass der Zustand durch den Eingriff verschlimmert werden kann. Die Galvanokaustik bringt jedoch nicht immer eine vollständige Heilung hervor; auch wenn der tuberculös veränderte Kehlkopf nach der Aetzung sein normales anatomisches Aussehen und seine normale Function wiederbekommt, kann man nicht sicher sein, dass in der Narbe oder in der Tiefe der Schleimhaut sich ein Herd befindet, der nach kürzerer oder längerer Zeit sich entwickelt.

Diese Verhältnisse fordern eine lange Beobachtung. Die Erfahrung des Verf.'s wird durch eine Casuistik von 11 Fällen illustrirt.

E. STANGENBERG.

62) Cyril Hersford. **Eine neue Methode zur Erleichterung intralaryngealer Operationen nebst 4 Fällen von Entfernung benigner Geschwülste vom Stimmband. (An original method of facilitating intra-laryngeal operations with 4 cases of innocent growths of the vocal cord removed.)** *Lancet. 11. Juli 1908.*

Eine Naht wird durch die Epiglottis gelegt, deren Enden über die Mitte der Zunge gezogen und dort durch ein Paar Spencer-Wells'scher Zangen festgehalten. Verf. braucht für die Durchführung der Nadel durch die Epiglottis eine Modification des Kurz'schen Nadelhalters. Illustrirt. Vier Fälle werden berichtet.

ADOLPH BRONRNR.

63) Ch. Denille. **Ueber die Behandlung der Kehlkopfpapillome beim Kinde. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Dissertation. Toulouse 1907.*

In erster Linie ist die endolaryngeale Behandlung zu versuchen und die Tracheotomie oder Laryngofissur nur auf Ausnahmefälle zu beschränken.

Nicht erwähnt wird die Behandlung der Larynxpapillome mittelst der Löri-schen Katheter.

OPPIKOFER.

64) D. Croby Griene. **Eine ungewöhnliche Kehlkopfcyste. (An unusual cyst of the larynx.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte einen glatten, blaurothen, kugeligen Tumor, der die rechte Hälfte der Epiglottis und die rechte pharyngo-epiglottische Falte einnahm, vorne die Zungenbasis und hinten die hintere Rachenwand berührte. Er verdrängte die Epiglottis nach links hinüber und verdeckte das Cavum laryngis vollständig. Er war fest bei der Berührung, ohne den Anschein der Fluctuation zu zeigen. Zwei Tage nach der Tracheotomie schien der Tumor etwas grösser und hatte eine mehr gelbliche Farbe angenommen.

Operation: Das Kind wurde in Rose'scher Lage durch die Tracheotomiecanüle ästherisirt, dann der Tumor mittels einer Schlinge gefasst. Beim Versuch, ihn herauszuziehen, riss seine Wand und eine bräunliche Flüssigkeit ergoss sich in die Mundhöhle. Mit dem Collabiren der Cyste nahmen die Theile ungefähr ihr normales Aussehen wieder an, die Epiglottis kehrte zur Mittellinie zurück. Am folgenden Tage Entfernung der Tube. Bereits nach einer Woche hatte die Geschwulst fast die Hälfte ihrer früheren Grösse wieder erreicht. Es wurde — wiederum in Aethernarkose — ein Stück der Cystenwand mit schneidenden Zangen entfernt, wobei sich ein Theelöffel Eiter entleerte. Augenscheinlich war die Cyste bei der ersten Operation mit einem schwach virulenten Eitererreger inficirt worden. Fieber bestand nicht.

Mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab nichts weiter, als einen subacuten entzündlichen Process in derselben. Seit der letzten Operation ist kein

Recidiv eingetreten. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt nur leichte Verdickung der rechten pharyngo-epiglottischen Falte.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die verschiedenen Formen von Kehlkopfcysten und deren Behandlung. EMIL MAYER.

65) **Thomas J. Harris. Ein Fall von erfolgreich mittels Laryngo-Tracheofissur behandelten subglottischen Papillom. (A case of subglottic papilloma cured by laryngo-tracheal fissure.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Der Tumor verschwand ohne jede weitere Behandlung, nur infolge der durch die Trachealfistel gewährleisteten Ruhestellung. Verf. empfiehlt warm für alle derartigen Fälle diese Behandlung. EMIL MAYER.

66) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Nachtrag zum Aufsatz „Ein Fall von Hämangiom der linken Stimmlippe".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 395. 1907.*

Nachträgliche Erwähnung zweier von Grünwald veröffentlichter Fälle. Sie sind in seinem „Atlas der Kehlkopfkrankheiten" mitgetheilt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

67) **Chatin, Vignard, Sargnon** (Lyon). **Kehlkopfpapillom. Tracheotomie. Tod infolge schwerer Trachealulceration. (Papillome du larynx. Trachéotomie. Mort à la suite d'ulcération grave trachéale.)** *Lyon Médical. No. 39. 27. September 1908.*

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, bei dem seit dem Alter von 6 Monaten Athemschwierigkeiten bestanden. Das Kind starb kurze Zeit nach der Tracheotomie infolge Bronchopneumonie.

Die Autopsie ergab Papillommassen, die die Stimmbänder bedeckten. Ausserdem fand sich eine Ulceration in der Trachea in Höhe der Canülenöffnung.

GONTIER de la ROCHE.

68) **J. A. Watson. Kehlkopfkrebs. Der augenblickliche Stand von Diagnose, Prognose und Behandlung. (Carcinoma of the larynx. The present status of its diagnosis, prognosis and treatment.)** *Journal of Minnesota State Medical Association. 1. Mai 1907.*

Verf. empfiehlt auch in hoffnungslosen Fällen die Operation, um das Leben der Patienten zu verlängern und es erträglicher zu gestalten. EMIL MAYER.

69) **Rueda. Ueber die Diagnose des Kehlkopfkrebses. (Diagnostico del cancer de la laringe.)** *Arch. de oto-rino-laringologia. No. II.*

Verf. theilt einige Fälle mit, die dazu dienen sollen, die Schwierigkeiten, die die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose und Carcinom unter Umständen machen kann, zu illustriren. A. J. TAPIA.

70) **Chiari** (Wien). **Bericht über elf Fälle von Kehlkopfkrebs, operirt auf seiner Klinik vom 1. Juni 1906 bis 31. Mai 1907. (Rapport sur onze cas de cancer du larynx opérés dans sa clinique du 1. Juin 1906 au 31. Mai 1907.)** *Arch. internat. de laryng. No. 5. 1907.*

Es wurden 4 Thyreotomien, 4 halbseitige und 3 totale Exstirpationen ge-

macht. Ein Fall starb in Folge der Totalexstirpation. Es sind drei Recidive zu verzeichnen, von denen zwei nach Totalexstirpation. BRINDEL.

71) **Finder** (Berlin). **Demonstration eines endolaryngeal operirten Kehlkopfkrebses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Bei einem 74jährigen Mann fand sich am rechten Stimmband eine sich etwas über den freien Rand erhebende tumorartige Verdickung. Stimmband etwas geröthet, träge Bewegung, Heiserkeit. Probeexstirpation: Carcinom. In 2 Sitzungen wird der Tumor und grösste Theil des Stimmbandes exstirpirt. Nach $7^1/_2$ Monat ohne Recidiv.

In der Discussion bemerkt B. Fränkel, dass der Larynxkrebs verhältnissmässig spät Metastasen mache, dass daher die intralaryngeale Operation, wenn wirklich im Gesunden operirt wird, ebenso gute Resultate biete, wie die anderen Methoden. ALBANUS (ZARNIKO).

72) **Botella. Krebs der linken Larynxhälfte; halbseitige Exstirpation nach der Gluck'schen Methode. Heilung. (Epithelioma de la moitié gauche du larynx; hémilaryngectomie par le procédé de Gluck. Guérison.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Der Tumor nahm die vorderen zwei Drittel des Stimmbandes und auch etwas des Taschenbandes ein. Die Hälfte des Kehlkopfes wurde in zwei Zeiten entfernt. 1. Zeit: Tracheotomie. 15 Tage später 2. Zeit: Halbseitige Exstirpation. Heilung.

BRINDEL.

73) **v. Bruns** (Tübingen). **Ueber die Radicaloperation des Kehlkopfkrebses mittels Kehlkopfspaltung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1906.*

Die Geschichte der Chirurgie des Kehlkopfkrebses lehrt, dass seit den ersten Versuchen des Amerikaners Buck (1851) nach anfänglichen Misserfolgen mit der Spaltung des Kehlkopfes, dann mit der Exstirpation desselben (Billroth 1873) die Erfolge seit der Zeit gute, ja glänzende geworden sind, da man dazu überging, im Frühstadium zu operiren und die Thyreotomie als Voract der Exstirpation des Neoplasmas zu bevorzugen. Eine sogar noch durch mangelhafte Resultate mangelhafter Operateure ungünstig beeinflusste Statistik des Verf.'s über 114 Fälle seit dem Jahre 1890 ergiebt: 9 pCt. Mortalität, 22 pCt. Recidive, 48 pCt. Heilungen (bis zu 1 Jahr). Noch weit besser sind die Resultate Semon's: 20 Thyreotomien mit einem Todesfall, 2 Recidiven, 17 Heilungen von 1—13jähriger Dauer. Verf. schildert die von ihm geübte Operationsmethode, an der folgende Punkte bemerkenswerth sind: Skopolamin-Morphiumnarkose, locale Anästhesirung der Schnittlinie durch Novocaininjection, der Kehlkopfschleimhaut (nach Eröffnung der Kehlkopfhöhle) durch Bepinselung mit Cocain-Adrenalinlösung. Wenn es angeht, keine Tamponcanüle, jedenfalls Kocher'sche Schräglage mit Hängelage des Kopfes. Ausgiebige Exstirpation des Kranken im Gesunden unter künstlicher Beleuchtung mit elektrischem Lämpchen. Vernähung der Schildknorpelhälften durch das Perichondrium, ebenso des oberen Abschnittes der äusseren Wunde, während der untere Abschnitt im Bereich der Trachea offen bleibt und nur lose tamponirt wird.

Die geschilderte Operation ist so einfach, ihre Chancen sind so vortrefflich, dass Verf. mit Recht die Versuche auf intralaryngealem Wege Carcinome zu exstirpiren verwirft, obwohl das einige Male gelungen ist. Die intralaryngealen Eingriffe sind nicht harmlos, sie stellen beachtenswerthe mechanische Reizungen vor und tragen dazu bei, dass der günstige Zeitpunkt für die Thyreotomie versäumt wird. Aus diesen Gründen hält Verf. die endolaryngealen Operationen des Kehlkopfkrebses nicht bloss für unzureichend, sondern auch für schädlich, da sie den Kranken in der Regel nur Nachtheile bringen. Die grosse Zahl erfolgloser Versuche fände sich nirgends verzeichnet, aber er habe hierfür traurige Beispiele gesehen.

ZARNIKO.

74) **F. R. Nager** (Basel). **Ueber das primäre Trachealcarcinom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 297. 1907.*

Zusammenstellung der Literatur seit der grundlegenden Bearbeitung dieser Erkrankung durch v. Bruns aus dem Jahre 1898 und Beschreibung eines eigenen Falles. Die meisten Fälle wurden im Alter von 50—60 Jahren beobachtet und zwar häufiger beim männlichen als weiblichen Geschlecht.

In weit vorgeschrittenen Fällen tritt ein Uebergreifen der Geschwulst auf die Nachbarorgane ein, so dass dann die Entscheidung der primären Localisation bedeutend erschwert ist.

Am häufigsten ist der breitaufsitzende, halbkuglige Tumor, der immer mehr ins Lumen hineinwächst und dieses verengt. Seltener sind die ausgebreitet infiltrirenden, die polypösen oder endlich die multipel auftretenden papillomatösen Formen.

Histologisch handelt es sich um Cancroide, solide oder Cylinderzellencarcinome. Die Symptomatologie des primären Trachealkrebses ist hauptsächlich bedingt durch die Verengerung des Tracheallumens: zur eigentlichen Krebskachexie kommt es selten. Die Prognose ist naturgemäss eine sehr trübe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

75) **C. W. Broers** (Utrecht). **Das Vorkommen von Schilddrüsenvergrösserung in der Provinz Utrecht. (Het voorkomen van vergrooting der schildklier in de provincie Utrecht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 18. 1907.*

Anlässlich der bei der Militärprüfung constatirten Thatsache, dass in der Stadt Utrecht Schilddrüsenvergrösserung viel häufiger als in der übrigen gleichnamigen Provinz vorkommt, ist von der Gesundheitscommission eine Enquete veranstaltet worden. Die Ergebnisse sind folgende: In der Stadt Utrecht ist Schilddrüsenvergrösserung eine sehr häufige Affection. Deutliche Zeichen von Basedowscher Krankheit sind dabei selten; nervöse Symptome dahingegen häufig. Oft findet sich die Affection bei mehreren Personen aus einer Familie. Sie kommt viel häufiger bei Frauen als bei Männern vor; ist aber auch bei letzteren nicht selten. Die Vergrösserung ist in der Regel eine mässige. Sie findet sich selten bei Kindern unter 10 Jahren, am häufigsten zwischen 10 und 40 Jahren. Auf eine Beziehung

der Frequenz zu der Wasserversorgung oder zu der Art des Bodens hat nichts hingewiesen.

In den verschiedenen Wässern, welche in der Provinz Utrecht getrunken werden, wurde ein Gehalt von resp. 0,01, 0,02 und 0,05 mg an Jod pro Liter Trinkwasser, also gewiss kein hohes Verhältniss, constatirt. H. BURGER.

76) **Louis B. Wilson. Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse auf Grund des pathologischen Befundes in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

In den frühsten Stadien acuter Fälle fand sich Hyperämie und Zellhyperplasie, in späteren Stadien bei schwereren und sehr schweren Fällen Zunahme des Parenchyms und zwar kann man — allgemein gesprochen — sagen, dass diese in directem Verhältnisse zu der Intensität der Symptome stand; in vielen Fällen war eine Vermehrung des resorbirbaren Secrets zu constatiren. In Fällen, in denen klinisch ein Nachlassen der toxischen Symptome nachweisbar war, zeigte sich die Abnahme der Function in der Drüse in der Exfoliation oder Abplattung der Parenchymzellen oder die Abnahme der Resorption in der Anwesenheit von dickem, gelatinösem, färbbarem Secret, dem sogenannten „Colloid". Fälle, die von den toxischen Erscheinungen geheilt waren und nur noch an den lange vorher acquirirten Herz- oder Nervenaffectionen litten, zeigten abgeplattetes, nicht secernirendes Epithel und grosse Mengen „Colloid".

Die leichten Fälle von langer Dauer sind fast immer Adenome, bei denen zwar eine Totalzunahme des Parenchyms durch Vermehrung der Alveolen, jedoch keine wesentliche Vermehrung der Functionskraft der einzelnen Parenchymzellen vorhanden ist. LEFFERTS.

77) **P. Ast. Ueber einen Fall von Tuberculose der Schilddrüse.** *Dissertation. Erlangen 1906.*

Der 25 Jahre alte Landwirth war an multipler Knochentuberculose und Tuberculose des Kehlkopfs und der Lungen gestorben. Die Schilddrüse war bei der Section fast ganz verkäst; immerhin muss noch genügend normalfunctionirendes Schilddrüsengewebe bestanden haben, da Ausfallserscheinungen gefehlt hatten.

An Hand der Literatur Besprechung des Krankheitsbildes. OPPIKOFER.

78) **Simon** (Paris). **Die Tuberculose der Schilddrüse nebst einem Fall von kaltem Schilddrüsenabscess. (La tuberculose du corps thyroide à propos d'un cas d'abcès froid thyroidien.)** *Progrès médical. No. 37. 12. September 1908.*

Es handelte sich um einen 42jährigen Mann, der in der Mittellinie des Halses einen kleinen völlig reactionslosen Tumor hatte. Die Schilddrüsenlappen, die anscheinend mit diesem Tumor in keinem Zusammenhang standen, waren völlig intact. Pat. hatte ausserdem einen kalten Abscess an der Hüfte. Der Tumor erwies sich als ein Abscess der Schilddrüse; er wurde incidirt, die Höhle curettirt.

Es blieb jedoch eine Fistel bestehen. Verf. räth, in solchen, übrigens seltenen Fällen die partielle Thyroidectomie zu machen. GONTIER de la ROCHE.

79) **O. von Wilucki. Zwei Fälle von Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Bei dem ersten Falle stellten sich ungefähr 15 Monate nach erfolgreicher Operation des linken sarkomatösen Schilddrüsenlappens Metastasen im Wirbelcanal ein und führten unter äusserst qualvollen Ausfallserscheinungen des unteren Theiles des Rückenmarks zum Exitus.

Bei dem zweiten Falle brach die nicht operirte maligne Struma allmählich in Oesophagus und Trachea durch. OPPIKOFER.

80) **O. Kurrer. Zur Kenntniss der Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Die sarkomatöse Struma führte bei der 67jährigen Frau zu Metastasen im Gehirn und den Mediastinaldrüsen. Tod an Kachexie. OPPIKOFER.

81) **Lewellys F. Barker. Die Diagnose der Basedow'schen Krankheit. (The diagnosis of the ophthalmic goiter.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Verf. bespricht ausser den drei Cardinalsymptomen auch die übrigen diagnostischen Zeichen: die Herzgeräusche, psychische und nervöse Erscheinungen, das Graefe'sche Zeichen nebst den anderen Augensymptomen, die Hautpigmentation, die vasomotorischen Erscheinungen, die Stoffwechselveränderungen etc. Der Muskeltremor ist so häufig, dass ihn Verf. mit Marie als viertes Cardinalsymptom gelten lassen möchte. EMIL MAYER.

82) **Albert Kocher. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Von 3460 Kropfoperationen, die auf der Kocher'schen Klinik vorgenommen wurden, betrafen 315 an 254 Patienten Fälle mit Basedow'scher Krankheit. Unter den letzten 91 an 63 Patienten vorgenommenen Operationen war kein Todesfall. Im Ganzen wurden nur 9 von den 254 Patienten verloren (3,5 pCt.).

EMIL MAYER.

83) **W. Edmunds. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit der Milch schilddrüsenloser Ziegen. (Treatment of Graves' disease with the milk of thyroidless goats.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die alle vergebens mittels der verschiedensten Methoden behandelt wurden, bis durch das Trinken von Milch thyreodectomirter Ziegen Besserung erzielt wurde. Die Entfernung der Schilddrüse bei Ziegen ist sehr leicht; das beste Alter für die Thiere ist 2—3 Jahre. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

84) **Janczuvowicz. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Oesophagusdilatation. (W sprawie vozpoznawania i leczenia vozczeneń pnelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 36, 37. 1908.*

Auf Grund von Beobachtung von 3 Fällen von Oesophagusdilatation kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1. Es ist falsch, aus dem klinischen Bild einen Schluss auf die Pathogenese des Falles zu ziehen. 2. Der einzige unmittelbare und nächste Grund znr Erweiterung des Oesophagus ist dessen Atonie. Diese kann primär sein und in diesem Fall entwickelt sie sich immer zu gleicher Zeit und gleichmässig mit dem Spasmus cardiae, oder secundär, wenn der Spasmus cardiae präexistirt. In jedem Fall jedoch von Atonie und Erweiterung des Oesophagus muss der Spasmus cardiae von geringerer oder grösserer Beständigkeit coexistiren, und dessen Fehlen bei Oesophagusdilatation muss man nicht als eine Annäherung an einen Typus von pathologisch normalen Verhältnissen ansehen, sondern als eine Complication der Oesophagusdilatation. 3. Ein fernerer Factor bei der Bildung der Atonie des Oesophagus ist vor Allem eine fehlerhafte Art von Kauen und eine allgemeine Schwäche. 4. Sogenannte Divertikel des unteren Theiles des Oesophagus existiren nicht und die unter diesem Namen beschriebenen Fälle sind eigentlich Oesophagusdilatationen. Divertikel in dem unteren Theile des Oesophagus können nur secundär erscheinen auf Grund der Dilatation als Folge der weiteren Evolution. 5. Die Rumpel'sche Methode (Unterschied der Divertikel von Oesophagusdilatation) hat keinen Werth; denn sie kann zu einem Ergebniss führen, welches Divertikel anzeigt in der gewöhnlichen Oesophagusdilatation und zwar besonders dann, wenn nach Abfluss einer gewissen Menge der Flüssigkeit durch die gelöcherte Sonde der Druck in beiden Höhlen (Oesophagus und Magen) gleich war. 6. Spasmus cardiae vergrössert sich in der Periode der Forcirung der dilatatirten Wände und nimmt ab in der Periode von genügender Bewegungsmöglichkeit der Oesophagusmusculatur. 7. In der Oesophagusdilatation können Speisen vom vorigen Tage stagniren; dies kann abhängig sein von ungenügendem Kauen von härterer Nahrung (letzteres ist meist Ursache von Bildung von Pfröpfen, d. h. mechanischer Verstopfung der supracardialen Gegend), von Complication der Divertikel mit Erweiterung, von ziemlich grosser Verkrümmung des Oesophagus, von grosser Erweiterung der Gegend an der Cardia (Birnenform der Dilatation), ferner überhaupt in der Periode ungenügender Muskelthätigkeit des erweiterten Oesophagus. 8. In normalen Verhältnissen erfolgt die Entleerung der Erweiterung in den Magen in genügender Weise von selbst mit Hülfe von eigenen peristaltischen Bewegungen des Oesophagus und des Oeffnens der Cardia von Zeit zu Zeit. Auf die Entleerung hat auch der hydrostatische Druck der Säule des Inhalts auf die Cardia einen grossen Einfluss. A. v. SOKOLOWSKI.

85) **L. Liebl. Ueber traumatische Lungengangrän infolge von Oesophagusruptur.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Im Anschluss an schwere körperliche Anstrengung Zerreissung der Speiseröhre bei 46jährigem Mann; Mediastinitis, Lungengangrän, Exitus.

Verf. nimmt an, dass ursprünglich ein Fractionsdivertikel der Speiseröhre bestanden hätte, das dann Veranlassung zur Perforation gab; bei der secundären Eiterung wurde das Divertikel zerstört und war deshalb bei der Section nicht mehr nachzuweisen.

OPPIKOFER.

86) **Pastour. Ueber die Behandlung von Fremdkörpern der Speiseröhre. (De la conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1906.*

Bei Besprechung der verschiedenen Methoden wird die Oesophagoskopie nicht genügend berücksichtigt.

OPPIKOFER.

87) **E. Henrard. 15 Fälle von Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus beim Kinde vermittelst einer Zange mit gleitender Branche unter dem radioskopischen Schirm in der Seitenlage. (Quinze cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante sous l'écran radioscopique dans l'examen latéral.)** *Sonderabdruck aus dem Journal Belge de Radiologie. 1907.*

Mittheilung auf dem 2. Congress für Physiotherapie in Rom Anno 1907. Die Haward'sche Zange wurde früher schon hier beschrieben, das Uebrige besagt der Titel der Mittheilung. (Vergl. Haward: 9 Fälle von Fremdkörperextraction etc. 1906.)

BAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) A. **Kuttner** (Berlin). **Die entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase im Röntgenbild.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1908.

Den 20 photographischen Tafeln, die nach Originalaufnahmen von der Elektricitätsgesellschaft „Sanitas" in Berlin hergestellt sind und ausgezeichnete klare Bilder liefern, ist ein kurzer Text beigefügt, welcher sich bezieht auf Darstellung der Technik und des Instrumentariums und auf eine kurze Besprechung des Werthes der Röntgenaufnahmen für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. Wir stimmen vollkommen mit Kuttner darin überein, dass man niemals, auch bei ausgesprochen positivem Befunde, aus der Röntgenaufnahme allein diagnostische oder therapeutische Schlussfolgerungen ziehen darf, dass in dubio stets die klinische Untersuchung entscheidet, dass wir aber doch im Röntgenverfahren ein ausgezeichnetes, ja geradezu glänzendes Hilfsmittel für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase besitzen. Die Beiträge, welche Kuttner in seinem Atlas liefert, werden für die Rhinologen als äusserst werthvoll zu bezeichnen sein.

Seifert (Würzburg).

---

b) **Joseph Weigel. Die Halskrankheiten bei den alten griechischen und römischen Aerzten.** Benno Konegen, Leipzig 1907. 207 Ss. 8. M. 4.

Der Verfasser, ein guter Kenner der griechischen uund lateinischen Sprache, hat es sich angelegen sein lassen, nach eigenem Studium die Angaben der alten griechischen und römischen Aerzte über Halskrankheiten von neuem zusammenzustellen. Seine Uebersetzung und Auffassung weicht in manchen Punkten von den bisherigen Bearbeitern ab, auf welcher Seite das Recht liegt, wagt Ref. nicht zu entscheiden.

So interessant es ist, den Spuren unserer Vorgänger nachzugehen, das Facit, das wir aus der Weigel'schen Monographie ziehen können, ist eben kein grosses. Zweifelsohne haben die alten Aerzte zahlreiche Halsaffectionen gesehen und beschrieben, und neben vielen ganz unglaublichen und unvernünftigen Rathschlägen finden wir auch viele therapeutische Maassnahmen, die heute noch zu Recht bestehen, wie Gurgelungen, Umschläge, Pinselungen, Inhalationen, Scarificationen, Tracheotomie etc. Sehr viele Krankenberichte sind doch aber so unklar und so verworren, dass es ganz unmöglich ist, danach zu entscheiden, welche Affection vorgelegen hat. Um einfache Anginen, Diphtherie, Croup, phlegmonöse Processe oder gar bestimmte Kehlkopferkrankungen aus den Schilderungen der Alten herauszuerkennen, dazu gehört oft recht viel Phantasie, und so können wir die scharfe Beobachtungsgabe der alten Schule nicht genügend würdigen, weil gar zu oft im Unklaren bleibt, welcher Prozess vorgelegen hat. A. Kuttner.

---

c) **E. B. Waggett,** M. A. M. B. B. C. **Nasenkrankheiten. (Diseases of the nose.)**

Dieses kleine Buch erscheint als eine der „Oxford Medical Publications". Es trägt gleichzeitig dazu bei, den guten Ruf, den diese Veröffentlichungen geniessen, sowie das Ansehen des Verfassers zu vermehren. Es hat mit allem bisher über dasselbe Thema erschienenen Büchern keinerlei Aehnlichkeit und liest sich, als wenn es sich um eine belehrende Unterredung handelt, die ein Fachmann mit älteren Studenten hat, die mit dem Studium der Spezialität beginnen. Man könnte denken, es handelt sich um ein Colleg mit klinischen Demonstrationen in irgend einer über reiches Material verfügenden Klinik für Nasenkranke. Verf. sagt in der Vorrede, dass das Buch für den von Nutzen sein wird, der weder die Gelegenheit noch die Neigung hat, ein gründliches Studium der Rhinologie durchzumachen.

Die beiden ersten Capitel behandeln die Entwickelungsgeschichte, Anatomie und Physiologie der Nase; der Text ist reichlich durch ausgezeichnete Semi-Diagramme illustrirt, von denen einige vom Verf. selbst gezeichnet sind. Dem Leser wird es angenehm auffallen, mit welcher Kunst es dem Autor gelingt, die wesentlichsten Thatsachen klar und verständlich darzustellen.

Das Capitel über die Untersuchung der Nase verdient von Anfängern immer wieder gelesen zu werden, denn die hier gegebenen Fingerzeige und Winke sind von unschätzbarem Werth. Die Diagramme sind gut, sagen aber natürlich dem Kenner mehr als dem Anfänger. Was die Digitalexploration des Nasenrachens anbelangt, so möchte Referent bezweifeln, ob es stets möglich sein wird, den

Widerstand eines starken Mannes oder eines kräftigen Schulknaben zu überwinden. Waggett macht interessante Bemerkungen über das Thema von den „Erkältungen"; er meint, man könne die Entstehung von adenoiden Vegetationen durch „gute häusliche Hygiene in Verbindung mit intensiven ständigen Muskelübungen" vermeiden. Wir freuen uns, dass W. die allgemeine Narkose bei der Operation der Adenoiden für nothwendig hält und zwar hauptsächlich aus Gründen der Menschlichkeit, und dass er auf die Wichtigkeit der Operation vor dem 5. bis 6. Lebensjahr hinweist nach welchem Alter die Skelettdeformationen nicht mehr leicht beseitigt werden können.

Bei der Aetiologie der Septumdeviationen ist der neuen werthvollen Publication von Mosher über diesen Gegenstand keine Erwähnung gethan. Wir meinen, es wäre empfehlenswerth gewesen, über die Technik der Injection des Localanästheticums bei der submucösen Resection, auf die z. B. Killian so grossen Werth legt, mehr Details zu geben.

Das XI. Capitel enthält eine kurze aber ausgezeichnete und gut illustrirte Beschreibung der Anatomie des Antrum. Verf. betont, wie wir zu unserer Freude constatiren, die Wichtigkeit, die der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der acuten Entzündungen dadurch zukommt, dass auf diese Weise die Zahl der chronischen Affectionen bedeutend verringert werden kann. Sehr richtig weist Waggett darauf hin, dass bei der Radicaloperation nur die erkrankte Schleimhaut zu entfernen ist; er warnt vor dem Princip die Schleimhaut völlig zu entfernen, was unweigerlich zu einer prolongirten Eiterung führen muss. Ref. hält es für rathsamer, die vordere Conchotomie als ersten Theil der Radikaloperation von der Fossa canina aus vorzunehmen, weil, wenn man sie zum Schluss macht, Schwierigkeiten dadurch entstehen, dass die Nasenhöhle mit Blut erfüllt und unübersichtlich ist.

Verf. empfiehlt die Eröffnung von der Nase aus nicht. Er hat dabei unsere volle Zustimmung. Was hat es für einen Sinn, im Dunkel zu gehen, wenn man volles Licht haben kann?

Die Capitel über Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinempyem sind klar geschrieben und enthalten die hauptsächlichsten Thatsachen. Die Behauptung, dass septische Osteomyelitis stets nur im Gefolge der Operation eintritt, stimmt schwerlich mit den Thatsachen überein. Ref. hat einen tödtlich verlaufenden Fall gesehen, in dem die Osteomyelitis, lange bevor die Operation ausgeführt wurde, begann.

Das letzte Capitel, das von den Reflexneurosen handelt, lässt in seiner verständigen, wohl abgewogenen und maassvollen Form nichts zu wünschen übrig. Es ist zu hoffen, dass mancher Enthusiast durch seine Lectüre bewogen wird, zu überlegen, bevor er operirt.

Das kleine Buch, das Sir Felix Semon zugeeignet ist, scheint im ganzen genommen dem Referenten vielleicht darum fast jenseits aller Kritik zu stehen, weil es seine eigenen Anschauungen und Grundsätze mit grosser Treue wiederspiegelt; haben doch beide, Autor und Referent, vor Jahren ihre specialistische Thätigkeit unter demselben Dach ausgeübt, beide von dem gleichen, aber in heilsamen Grenzen gehaltenen Enthusiasmus beseelt. Herbert Tilley.

---

d) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 27., 28. und 29. Juni in Brüssel.

Vorsitzender: Delmarcel (Löwen).

Der Präsident eröffnet die Sitzung am 27. Juni Abends; er spricht das Bedauern der Gesellschaft über das Hinscheiden seines hervorragendsten Ehrenmitgliedes, des Prof. von Schrötter aus Wien, aus und widmet ihm einen warmen Nachruf.

Darauf begrüsst er die zahlreich erschienenen ausländischen Gäste und dankt ihnen, dass sie durch ihre Gegenwart und ihre Mittheilungen, den Sitzungen ein besonderes Interesse verleihen.

Es findet sodann die Aufnahme neu angemeldeter Mitglieder statt und auf den Vorschlag des Comité's hin wird Bayer (Brüssel) für seine langjährigen Verdienste um die Gesellschaft mit Acclamation zum Ehrenmitglied ernannt.

Nach Constituirung des Bureaus für das kommende Jahr wird zur Besprechung des rückständigen Berichtes von Fernandès übergegangen über die

I. Anaesthetica in der Otorhinolaryngologie.

Weder der Bericht noch die Discussion, an welcher sich der Reihe nach Cheval, Broeckaert, Janquet, Lubet-Barbon (Paris), Schepens (Rouen) betheiligen, fördern wesentlich Neues zu Tage und konnte man daher ziemlich rasch übergehen zur

II. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Hennebert: Angiosarkom der Fossa piriformis.

Bösartige Paralaryngealgeschwulst bei einem 54jährigen Mann; dieser Tumor, welcher den Träger nur wenig genirte, nahm die vordere Hälfte der rechten Fossa piriformis ein; seine Oberfläche war himbeerartig, mit tiefen multiplen Incisuren; die oberflächlichen Partien waren transparent, seine Ansatzstelle breit, ohne irgend welche Adhärenz an der Pharynxwand noch mit der ary-epiglottischen Falte. Die von Trétrop vorgenommene mikroskopische Analyse verwies den Tumor zur Gruppe der „Angiosarkome". Rasches Recidiv; nach 2 Monaten neue Entfernung mit darauffolgenden galvanokaustischen Aetzungen; $2^1/_2$ Monate darauf war die ganze Fossa piriformis von der Neubildung besetzt, den rechten Aryknorpel bedeckend, und zum Theil das Lumen des Kehlkopfes verdeckend. Die Operation bestand nach vorausgeschickter Tracheotomie mit Tamponade des Larynx in einer lateralen Pharyngotomie nach Laurens. 10 Tage darauf starb Patient an Herzinsufficienz.

Lenoir (Brüssel) zeigt vor:

1. einen Fremdkörper im Masseter (über den schon anderweitig referirt wurde);

2. einen besonderen Tumor einer adenoiden Wucherung; das Präparat stammt von einem Erwachsenen her und stellt einen glatten, abgerundeten, auf einer Vegetation inserirten Tumor dar, über dessen Natur nichts verlautet;

3. einen voluminösen Ohrpolypen.

Higguet (jr.) zwei Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege mit Doyen'scher Zange entfernt. Diagnose mikroskopisch bestätigt.

Rousseaux schliesst daran das Vorzeigen eines sehr voluminösen Nasenrachenpolypen, welchen er ebenfalls auf natürlichem Wege entfernt hatte.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Janquet (Brüssel) zeigt ein tragbares Untersuchungsetui vor, einen ganz kleinen mit einer Celluloidhülse geschützten Accumulator enthaltend. Neben ihm befindet sich ein einfacher Kirstein'scher Stirnphotophor mit einer Metallfadenlampe. Ein Reservespiegel ist auch noch darin untergebracht. Endlich zwei aseptische Metallschachteln, wovon die eine dazu bestimmt ist, die gebrauchten Instrumente aufzunehmen, während die andere eine reichliche Anzahl von gebräuchlichen Untersuchungsinstrumenten enthält.

Raoult (Nancy): Beleuchtungsapparat und Lilliput-Accumulator für die Oto-Rhino-Laryngologie.

Delsaux zeigt den Apparat vor, da der Autor verhindert ist, der Sitzung beizuwohnen. Derselbe repräsentirt einen Accumulator von 2 Volt und 5 Stunden Ampère, den man bequem in die Westentasche stecken kann. Ein Photophor von sehr reducirter Dimension mit einer Metallfadenlampe gestattet eine hinlängliche Beleuchtung bei Krankenuntersuchungen in den Wohnungen. Der Accumulator lässt sich mit Elementen oder durch Einschalten in die öffentliche Stromleitung laden.

Trétrop (Antwerpen): Aseptische Instrumententräger.

Stativ mit cylindrischen Höhlen für die Aufnahme der Handgriffe von Instrumenten, welche so nicht mehr den Untersuchungstisch verunreinigen.

Tétrop: Vereinfachte elektrische Beleuchtung für Untersuchungen auswärts.

Der Autor adaptirt an extraleichte Stirnphotophoren ganz kleine sog. Taschenlampen von 3 Volt und bringt sie durch ihre Batterie zum Glühen. Aeusserst leicht und ideal einfach gestattet dieser Photophor Untersuchungen in den Krankenwohnungen vorzunehmen.

Vormittagssitzung vom Sonntag, den 28. Juni, im St. Johanneshospital.

IV. Krankenvorstellungen.

Roland (Brüssel): Sinusitis maxillaris und Syphilis.

Vorstellung einer Frau von 38 Jahren, bei welcher R. hintereinander die Luc-Caldwell und die Killian'sche Operation wegen einer linksseitigen Sinusitis frontomaxillaris vorgenommen hatte. Das Resultat war nicht ausreichend, um den Eiterungsprocess zum Stillstand zu bringen. Syphilis vermuthend, leitete der Autor eine antisyphilitische Behandlung ein und operirte einige Zeit nachher

von Neuem. Diesmal trat definitive Heilung ein, eine sehr wenig bemerkbare Deformation hinterlassend trotz der wiederholten Operationen.

Delsaux (Brüssel): Fünf Fälle von bösartigen Tumoren der Nasennebenhöhlen.

Obgleich nicht selten, kann man doch derartige Fälle nicht häufig nennen. D. berichtet über 5 Beobachtungen. Es handelte sich um Sarkome und Epitheliome, welche alle mehr oder weniger rasch recidivirten und innerhalb 12 bis 18 Monaten tödtlich endeten. Die Interventionen wurden immer von aussen so ausgiebig und vollständig als möglich vorgenommen. In einem Falle machte D. die Totalresection des Oberkiefers. Angesichts des enttäuschenden Resultates seiner Operationen fragt sich der Autor, ob man überhaupt operiren und welches Verfahren man einschlagen soll. Er ist für die vollständige und unverzügliche Resection des Oberkiefers eingenommen, nöthigenfalls mit Inbegriff der anderen Nebenhöhlen, da die endosinusalen Operationen nothwendiger Weise incomplet seien.

D. betont die Nothwendigkeit, die Lymphdrüsenkette ebenso gut als die einzelnen Lymphdrüsen zu entfernen, und macht darauf aufmerksam, dass dies zwar für die äusseren Halsdrüsen ausführbar ist, nicht aber — wenigstens zur Jetztzeit — für die Pharyngealdrüsen.

Discussion:

Jacques (Nancy) hat im vorigen Jahre in der französischen Gesellschaft eine von der Delsaux's wesentlich abweichende Meinung ausgesprochen. Er giebt zu, von der Nothwendigkeit, den Oberkiefer aufzuopfern, noch nicht überzeugt zu sein in allen Fällen von bösartigen Geschwülsten der Highmorshöhle, so z. B. räth er, nur den Boden der Orbita wegzunehmen in einem Fall von auf den Alveolarfortsatz des Sinus beschränktem Tumor. Das Recidiv in diesem Falle, wenn es eintreten sollte, etablire sich in der Wange, dem Gaumensegel, der Pharynxwand, den Lymphdrüsen, kurz in den Continuitätsgeweben des degenerirten Herdes und nicht auf der entgegengesetzten Wand.

Jaques (Nancy): Einige Fälle von Gesichtspolysinusiten operirt mit der Radicalcur.

Seit ca. $3^1/_2$ Jahren hat J. 16 Kranke mit Gesichtspolysinusiten operirt. Im Allgemeinen waren es chronische Affectionen entweder der Stirn-, Siebbein- und Oberkieferhöhlen oder auch zu gleicher Zeit der Keilbeinhöhle. 3 Kranke litten an einer bilateralen chronischen Eiterung der Stirn-, Siebbein- und Kieferhöhlen mit Mitleidenschaft des Siebbeins. In 4 Fällen war das Keilbein angegriffen, jedoch nur einseitig.

Aus der Gesammtheit dieser Beobachtungen ergeben sich einige Punkte, auf welche der Autor seine Collegen aufmerksam zu machen sich erlaubt im Verlauf der Krankenvorstellung; 3 derselben sind nicht vollständig geheilt; eine rechtsseitige Frontoethmoidal- und maxillarsinusitis recidivirte in der Stirnhöhle nach einer Geburt. Bei dieser Kranken war das Siebbein nur in seinem vorderen Theile weggenommen worden. Ein an bilateraler Polysinusitis operirter Kranker bekam ein Recidiv in der linken Stirnhöhle: das Nasenbein der einen Seite wurde erhalten

zur Verhütung einer Deformation des Nasenskeletts; ein Kranker endlich wurde nur auf der einen Seite an Frontoethmoidalsinusitis operirt aus nicht medicinischen Gründen.

Bezüglich des Operationsverfahrens hielt sich J. im Allgemeinen an das von Moure zur Entfernung bösartiger Siebbeintumoren angegebene Verfahren mit leichten Modificationen. Es ist unmöglich, ein ganz bestimmtes Verfahren einzuhalten, man muss individualisiren.

Für die bilateralen Polysinusiten wäre es gefährlich, die Nasenbein- und aufsteigenden Oberkieferäste vollständig zu entfernen. Zweimal hat der Autor den linken Frontalsinus vom rechten Sinus aus curettirt, und konnte auf diese Weise den vorderen Siebbeintheil wegnehmen. Zweimal hat er das Kuhn'sche Verfahren ausgeführt.

Nichts hindert, alle Sinus auf einmal zu operiren, wenn man mit der Technik vertraut ist, worüber sich der Autor schon anderweitig ausgesprochen hat.

Discussion:

Broeckaert lässt systematisch die untere Muschel und die hintere Hälfte der nasalen Kieferhöhlenwand bestehen. Was das einzuschlagende Verfahren betrifft, so hinge das von der anatomischen Disposition des Sinus und der Ausdehnung der Läsionen ab, denn unsere Untersuchungsmethoden, so ausgebildet sie auch sein mögen, sind nicht im Stande, uns einen ganz exacten Aufschluss über alle diese Punkte zu geben.

B. eröffnet den Sin. front. von seiner unteren Wand aus, explorirt denselben und entscheidet sich dann für die Art und Ausdehnung der Intervention. Immer entfernt er die vorderen Siebbeinzellen.

B. kann sich nicht mit der Meinung Moure's einverstanden erklären, dass die Ogston-Luc'sche Methode für die Behandlung der Frontalsinusitis classisch sei; er greift bald zu dem Verfahren von Jaques, bald zu dem Killian's, bald zu dem zuvor genannter Autoren. An den grossen Höhlen erhält er sich knöcherne Brücken als Stützen und hat dieserhalb noch keine entstellenden Einsenkungen zu beklagen gehabt.

Delsaux erklärt sich im Wesentlichen mit Broeckaert einverstanden.

Gaudier (Lille): Ein vor 9 Jahren laryngostomirter Kranker.

Interessant ist an der Vorstellung, dass die Intervention vorgenommen wurde ehe überhaupt die ersten Arbeiten über die Laryngostomie zur Veröffentlichung kamen. Es handelt sich im Grunde genommen um eine „unbewusste" Laryngostomie bei einem 17jährigen Mädchen, welches seit seinem 9. Lebensjahre mit einer sehr harten, keineswegs membranartigen subglottischen Stenose mit einer linksseitigen ovalären Oeffnung behaftet ist. Die Stenose war die Folge von Kehlkopfgeschwüren, die mit Milchsäure behandelt wurden. Im Alter von 16 Jahren veranlassten dyspnoetische Erscheinungen eine tiefe Tracheotomie bei dem Mädchen, 14 Tage später mediane Thyrotomie und Ausschneiden der die Stenose bedingenden fibrösen Masse; behufs Stillung einer sehr reichlichen Blutung Dauertamponade und Vereinigung der 2 Schildknorpelplatten mit der Haut vermittelst Catgutnähte. Eine intercurrente Pneumonie verhinderte die Vornahme der Sutur, aber trotzdem

wird die Tamponade erneuert und alle 2 Tage der Verband gewechselt. 14 Tage nach der Operation granulirt die Wunde derart, dass man nicht mehr an einen Schluss des Kehlkopfs denken kann. Während 8 Monate wird der Gazeverband methodisch und sorgfältig erneuert, so dass bis dahin der ganze Larynx epidermisirt und sein Caliber vollständig normal ist. G. nahm dann eine plastische Operation vor mit Erhaltung des Calibers des Respirationsrohrs vermittelst eines dicken Cautschucdrains. Dieser wird nach 25 Tagen entfernt und ersetzt durch die Dilatation mit den Schrötter'schen Röhren. 5 Monate später wurde die Canüle entfernt. Patient blieb 7 Jahre lang dem Autor aus dem Gesicht, woher es kommt, dass die Bearbeitung bis jetzt nicht veröffentlicht wurde.

Delsaux (Brüssel): An subglottischer Narbenstenose vor mehr als 2 Jahren laryngostomirter Kranker (Canülenträger) augenblicklich geheilt.

Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, welcher sich eine quere Halswunde mit Einschluss der Trachea beigebracht hatte; letztere wurde genäht. Nach einiger Zeit stellte sich eine subglottische Stenose mit Immobilisation zuerst des linken und dann des rechten Stimmbandes ein. Es musste die Tracheotomie vorgenommen werden mit Einlegung einer Dauercanüle.

Eine Laryngofissur mit forcirter Dilatation des Narbengewebes und Einführung einer Erweiterungscanüle ergab nicht das geringste Resultat, ebensowenig als die über ein Jahr mit der grössten Geduld fortgesetzte innere Dilatation. Am 1. November 1907 classische Laryngostomie. Progressive Cautschucröhrenerweiterung nach Einschneiden des Narbengewebes. $3^1/_2$ Monate später Plastik der Trachea vermittelst zweier Hautflächen, deren wunde Flächen gegenseitig adaptirt werden. Perfectes Resultat. Die Stimme ist noch rauh, aber das linke Stimmband hat die Tendenz, sich zu regeneriren. Laryngoskopisch keine Stenose mehr sichtbar.

Beco (Lüttich): Laryngotracheostomie und Laryngotrachealpapillome.

B. hat die „Stomie" (Mundanlegung) in drei Fällen von recidivirenden Papillomen bei Kindern angewandt, der erste Kranke war ausserdem noch Träger einer Narbe, so dass die Methode der Cautschucröhrendilatation classisch innegehalten werden konnte. Dagegen wurde im zweiten Falle das Cautschucrohr am 13. Tage entfernt und im dritten Fall am vierten Tage. B. ist sogar bestrebt, die Canüle sehr schnell zu entfernen (nach zwei oder drei Wochen), um den Fremdkörper so schnell als möglich aus dem Wege zu schaffen, weil er immerhin reizend wirkt und im Stande ist, den papillomatösen Process zu unterhalten.

Der erste Kranke im Alter von 10 Jahren, am 3. November 1907 operirt, hat seit 4 Monaten kein Recidiv mehr gezeigt; er trägt auf seiner Wundöffnung einen einfachen Heftpflasterstreifen.

Der zweite Kranke, 14 Jahre alt, wurde am 3. Mai 1908 operirt; ein einziges Papillom war nach 6 Wochen bei ihm nachgewachsen, er konnte aber seine Beschäftigung einen Monat nach der Operation wieder aufnehmen, zuerst mit einem Schutzverbande und hernach mit einem einfachen Heftpflasterverschluss.

Der dritte Kranke, 4 Jahre alt, welcher weit verbreitete Kehlkopfpapillome hatte, hat schon Recidiv von diffusen Papillomen; die Laryngostomie macht es möglich, denselben neben einer allgemeinen Medication mit verschiedenen Topicis zu behandeln.

B. meint, dass die Papillome im Allgemeinen und speciell die des Larynx ein sehr wechselndes Verhalten zeigen in Bezug auf Recidiv und Weiterverbreitung. Er hat sich nun bemüht, die vollständige Ausrottung zu combiniren mit der galvanischen und chemischen Cauterisation der Ansatzstellen.

Die directe Laryngo-Tracheoskopie scheint gegenwärtig die ideale Methode zu sein, jedoch ziemlich häufig fehl zu schlagen. Die tiefe Tracheotomie hat dem Referenten trotz der Erfolge, welche man ihr zugeschrieben, gar kein Resultat gegeben. Für B. ist die Laryngostomie die Zukunftsmethode in Fällen, welche den anderen Verfahren widerstehen, weil sie die Ueberwachung und verlängerte Behandlung gestattet. Endlich schlägt er für die Fälle, bei welchen man früher die Tracheotomie anwandte, vor, „die Dauercanüle systematisch durch die prolongirte oder definitive Laryngostomie zu ersetzen, weil diese besser ertragen werde und eine geringere Pflege erheische ohne dafür mehr Unannehmlichkeiten mit sich zu führen."

B. stellt seine 3 Kranken vor und fragt um den Rath seiner Collegen, hauptsächlich über die Zweckmässigkeit der Stomie bei Papillomatösen und über die Wahl der allgemeinen sowie localen Behandlungsweise gegenüber dem Krankheitsprocess.

Janquet (Brüssel): Laryngostomie wegen vollständiger Narbenstenose des Kehlkopfs bei einem $5^1/_2$jährigen Kinde.

6jähriges Kind im October 1907 mit Laryngostomie operirt. Der Kranke wurde in seinem ersten Kindesalter wegen Spasmus schlecht definirten Ursprungs intubirt und tracheotomirt; hatte darauf mehrere Behandlungen durchgemacht, konnte aber nie decanulirt werden. Bei der Untersuchung: eine Masse Narbengewebes, welches seinen Ansatz am Ringknorpel und den ersten Trachealknorpeln nimmt; oberhalb und unterhalb eine Fistel, welche den Branchen einer vor 2 Jahren von Prof. Chiari in Wien nach forcirter Dilatation eingesetzten Doppelcanüle zur Passage dient; seit Kurzem progressives Respirationshinderniss in Folge von Proliferation des fibrösen Gewebes. Stimmbänder und untere Trachea frei; Laryngostomie am 21. October vorigen Jahres. Folgen äusserst günstig, rascher Schwund der Verengerung, frühzeitige Entfernung der Metallcanüle und Ersatz derselben durch eine T-Canüle mit genauer Anschmiegung an die Form der Fistel. Gegenwärtig keine Spur mehr von Stenose; Verband seit 23. März vollständig weggelassen und Fistel mit einem Heftpflasterstreifen geschlossen. Das Kind, das bis dahin nie mit lauter Stimme gesprochen, übt seine Stimmbänder; die Stimme ist jetzt ganz deutlich, obgleich noch etwas schwer hervorzubringen. Der Autor hat sich an die von Sargnon und Barlatier angegebene Technik gehalten mit einigen Variationen in der Verbandweise.

Labarre (Brüssel): Ein Fall von Laryngostomie im Verlaufe einer Behandlung von absoluter Laryngotrachealobliteration.

Kind von 5 Jahren im Jahre 1908 von Dr. Cheval laryngostomirt wegen einer completen fibrösen Stenose des Kehlkopfs und des oberen Theils der Trachea nach Diphtherie. Der kleine Patient hatte schon zuvor eine Laryngofissur durchgemacht, ohne dass diese Intervention irgend ein Resultat ergeben hätte. Augenblicklich ist die Erweiterung perfect, und trotz der Schwere des Falles ist man berechtigt zu hoffen, dass das Kind in der nächsten Zukunft von seiner Canüle befreit wird.

Die Operation war relativ leicht. Dank der Einführung einer Oesophagussonde durch die Nasenhöhle konnte Ch. leicht die Oesophaguswand erkennen und, ohne derselben zu schaden, das an derselben adhärente Gewebe lospräpariren. — Der Verband, wie Sargnon und Barlatier bemerken, verlangt besonders peinliche Sorgfalt. Die Technik kann verschiedene Variationen eingehen; so hat im vorliegenden Fall der Autor die Vaselinstreifen, die dazu dienen, eine gewisse Compression auf die Dilatationsröhre auszuüben, durch eine zweite V-förmig gebogene Drainröhre ersetzt, welche auf die erste wie eine Feder wirkt. Vermöge dieser Modification machte die Dilatation sehr rasche Fortschritte und liess eine werthvolle Zeit gewinnen.

Discussion über die 6 vorgestellten Fälle von Laryngostomie:

Sargnon (Lyon) dankt seinem belgischen Collegen dafür, ihm eine so stattliche Zahl Operirter vorgestellt zu haben. Man könne dieselben in 2 Gruppen scheiden: narbige und papillomatöse Fälle.

1. Die narbigen: Delsaux' Fall ist vollständig geheilt, was die Respiration anlangt; die Plastik ist perfect; die Stimme natürlich rauh, wird sich aber mit der Zeit bessern.

Janquet's Fall ist sehr schön; die Schleimhaut ist ein wenig trocken, wie in allen Fällen von Laryngostomie. Es wäre später noch die Plastik vorzunehmen, mit Erhaltung einer Sicherheitsöffnung nach unten.

Der Fall Cheval's und Labarre's ist sehr complicirt in Folge der Ausdehnung der Läsion. Es wird wohl noch einige Zeit dauern, den Narbenkamm zu beseitigen; vielleicht wird eine neue Resection desselben angezeigt sein; jedenfalls ist das Resultat sehr ermunternd.

2. Die papillomatösen: Die von Beco vorgestellten Fälle sind sehr interessant. Die Heilung bei den zwei ersten ist perfect; was den dritten anbelangt, mit diffusen Papillomen der Stimmbänder und der hinteren Trachealwand, so wäre es vielleicht zweckmässig, Aetzungen (mit Arg. nitr., Zinc., Acid. lactici.) vorzunehmen. Die Untersuchung dieser Kranken gestattet die Behauptung, dass die Laryngostomie die gegebene Behandlung recidivirender Papillome darstellt. — Der Autor räth in Uebereinstimmung mit Beco, in chronischen Fällen die Tracheotomie durch die Stomie zu ersetzen; das fortwährende Tragen der Canüle führe effectiv grosse Unannehmlichkeiten (Bronchitiden, Trachealirritationen, reflectorische, ja sogar tödtliche) mit sich. In einigen Fällen ersetzt er die Metallcanüle durch eine Kautschukcanüle mit grossem Fenster,

was im Grunde genommen ein Zwischenglied zwischen Stomie und Tragen einer Metallcanüle bildet.

Gaudier (Lille) fragt sich, ob es nicht interessant wäre, bei dem Falle Cheval's und Labarre's nach Entfernung der Narben die Application einer langgestielten Transplantation zu versuchen. — Was die Behandlung der Larynxpapillome anbelangt, so sei sie geradezu erstaunlich; auch er sei der Meinung, dass die Laryngostomie in Fällen von Recidiven die ideale Methode bilde, da sich die Tracheotomie notorisch als unzureichend erwiesen habe.

Delsaux (Brüssel) unterstützt Gaudier's Ansicht hinsichtlich der Nutzlosigkeit der Tracheotomie bei recidivirenden Papillomen. Er erinnert an den Fall eines 16jährigen Mädchens, das im Alter von 7 Jahren tracheotomirt wurde und Trägerin von Papillomen war, die sich blumenkohlartig von der Bifurcation der Trachea bis zur Zungenmandel, Drüse mit einbegriffen, ausdehnten.

Guisez (Paris) hatte die Gelegenheit, mehrere Fälle von multiplen Laryngeal- und Trachealpapillomen zu behandeln. Es gelang ihm, seine Kranken direct endoskopisch und tracheoskopisch, ohne vorausgeschickte Tracheotomie zu heilen. Er betont den Vorzug, keine eingreifendere Operation von aussen vornehmen zu brauchen; ausserdem hält er die Kautschukdilatation für reizend, während die Behandlung der Papillome vor Allem darnach trachten muss, jede Reizursache zu vermeiden.

Bayer (Brüssel) warnt ernstlich vor oberflächlichen Kauterisationen bei der Nachbehandlung von Papillomen, die auf intralaryngealem Wege zu entfernen ihm immer gelungen ist. Die Erfahrung hat gelehrt, und darin stimmen die meisten deutschen Laryngologen mit ihm überein, dass die Transformation von Papillomen in Epitheliome nach solchen viel häufiger stattfindet.

Schiffers (Lüttich) glaubt zwei Arten von Papillomen unterscheiden zu müssen und an die Möglichkeit, dieselben auf Grund ihrer histologischen Eigenschaften differenziren und so in Bezug auf Prognose und eventuell Recidiv wichtige Anhaltspunkte gewinnen zu können. Es ist wahrscheinlich, dass der Boden, auf welchem die Papillome nachwuchern, eine grosse Rolle spielt. Sch. ist ebenfalls der Meinung, dass man das Organ so wenig wie möglich reizen soll durch die wiederholte Einführung von Instrumenten in die Kehlkopfhöhle.

Janquet (Brüssel) hält die Laryngostomie für eine ausgezeichnete Operation; er ist der Ansicht, dass man so viel als möglich das fibröse Gewebe zum Schwinden zu bringen suchen müsse, um die Heilung zu befördern. Er ist ebenfalls für die möglichst frühzeitige Entfernung der Metallcanüle. Zu diesem Zweck hat er eine T-förmige Kautschukcanüle construiren lassen, deren vordere Röhre genau die Form der Laryngotrachealfistel annimmt, so dass die Dilatation noch weiter besteht. Als Ergänzung der Behandlung der Larynxpapillome empfiehlt er Einblasungen von Pulv. Sabinae und Alumin. crystallis. ana; diese Zusammensetzung scheine ziemlich wirksam zu sein.

Collet (Brüssel): Zwei Fälle von Laryngitis vegetans.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 43jähr. Mann, der seit 10 Monaten eine rauhe Stimme hatte. Allgemeinzustand schlecht; verschärftes Respirations-

geräusch und Abnahme der Sonorität über beiden Lungenspitzen; der Kranke war zuvor an Tub. pulmon. behandelt worden. Mit dem Laryngoscop constatirte man, dass die Stimmbänder im vorderen Drittel von einem kleinen rosarothen kleinhaselnussgrossen und nicht ulcerirten Tumor auseinandergehalten waren; derselbe wurde mit der galvanokaustischen Schneideschlinge entfernt; unmittelbare Erleichterung darauf hin; die Stimme klärte sich auf und der Allgemeinzustand besserte sich von Tag zu Tag. Die histologische Untersuchung ergab deutlich, dass man es mit einem Schleimpolyp zu thun hatte.

C. stellt sodann einen 48jährigen Mann vor, welcher seit 6 Wochen aphonisch war. Ziemlich befriedigender Allgemeinzustand, mit dem Lanryngoscop erkennt man einen kugeligen Tumor inserirt am vorderen Stimmbandwinkel und sich hauptsächlich nach links hin verbreitend. Der kleinhaselnussgrosse Tumor wurde wie im vorigen Falle mit der Rothglühschlinge entfernt. Intensive Reaction danach, bis jetzt besteht noch eine Anschwellung und eine gewisse Respirationsbehinderung fort; der Kranke bleibt aphonisch und das linke Stimmband paretisch. Der Allgemeinzustand ist viel weniger zufriedenstellend, als vor der Operation. Der Autor vermuthet Tuberculose, obgleich die histologische Untersuchung einen typischen Schleimpolypen ergiebt.

Discussion.

Delsaux bemerkt, dass die Autoren bezüglich der Laryngitis vegetans tuberculösen Ursprungs verschiedener Meinung seien. Je nachdem die Affection primär oder secundär ist, bietet ihre Entwickelung ebensowohl wie die Natur der Affection selbst bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Schon Störck und Heryng einerseits, Schrötter, Mackenzie und Gouguenheim andererseits, haben nach zahlreichen wissenschaftlichen Erörterungen anerkannt, dass es eine vegetirende, am Platze selber entstandene, somit primitive Form gebe, die ohne specifische locale Läsionen mit Vorliebe den vorderen Winkel der Stimmbänder einnehme, dazu muss man die von Collet vorgestellten Fälle rechnen; daneben giebt es aber noch eine Form von pseudopolypöser Tuberculose, eingepflanzt auf ein tuberculöses Geschwür. Im Grunde genommen bedeutet das nur das Auftreten eines excessiven Reparationsprocesses. Die Pseudopolypen localisiren sich gern in der Continuität der Organe oder im Interarytaenoidalraum. — Die histologischen Schnitte der ersten Varietät ergeben Granulationsgewebe, die der zweiten lassen Riesenzellen erkennen, feine Granulationen zuweilen Koch'sche Bacillen.

Daraus ergiebt sich, dass die histologische Untersuchung allein die Frage nicht entscheiden kann, man sich daher klinischer Anhaltspunkte versichern und alle Untersuchungsmittel, über die wir verfügen, besonders die Radioskopie der Lungen, welche ein mächtiges diagnostisches Hilfsmittel bildet, benutzen muss.

Schepers (Roulers): Heilung einer Oberkiefergangrän.

Es handelt sich um einen Fall von Gangrän des Oberkiefers und der rechten Wange, welche eine partielle Resection des Oberkiefers benöthigte. Der Autor schliesst an die Krankenvorstellung einige bemerkenswerthe Betrachtungen über die Natur des Falles.

Lenoir (Brüssel): Ein Fall von congenitaler Hypertrophie der Nasenspitze.

4jähriges Kind mit keulenförmiger Anschwellung der Nasenspitze, bedingt durch einen rundlichen, weichen und farbigen Tumor, wahrscheinlich ein Lymphangiom.

Coosemans (Brüssel): Bronchialasthma, hervorgerufen durch eine doppelte Ethmoiditis. Operation. Heilung.

34 Jahre alter, seit langen Jahren an intensivem Bronchialasthma leidender Kranker, bei welchem die Untersuchung der Nase das Vorhandensein einer doppelten Ethmoiditis erkennen liess. Der Autor entfernte zunächst die polypoiden Massen an der Muschelschleimhaut, welche den mittleren Nasengang ausfüllten. Grosse, aber nur vorübergehende Erleichterung, wegen des Nachwachsens der Fungositäten. Nachdem er aber die Turbinectomie mit Curettage der Siebbeinzellen vorgenommen hatte, trat vollständige Heilung ein, die seit Monaten anhält.

Higguet jr. (Brüssel): Kropf und Ozaena.

H. machte kürzlich die Exstirpation eines Kropfes bei einer Person, die an einer starken Ozaena litt. Er war sehr erstaunt, zu constatiren, dass seit der Intervention die Nasensecretion bedeutend nachgelassen hatte; er fragt sich, ob da Beziehungen von Ursache und Wirkung vorliegen?

Maloens (Brüssel): Voluminöse Cyste und Phlegmone des linken Lig. aryepiglottic. Pharyngotomia subhyoidea. Heilung.

Die bibliographischen Nachforschungen ergeben eine geringe Frequenz von Tumoren der aryepiglottischen Falten. Am häufigsten kommen unter diesen die Cysten vor; trotzdem konnte der Autor davon nur 17 Beobachtungen sammeln, veröffentlicht von Moure, Krakauer, Ulrich, Garel, Krieg, Clifford-Beale, Purseigle und Labarre. — Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen 52jährigen Mann, welcher sich Dr. Cheval wegen einer bedeutenden Aphonie und sehr ausgesprochener Respirationsbehinderung vorstellte. Bei der Untersuchung constatirte man das Vorhandensein einer grosskastaniengrossen Cyste, in der linken aryepiglottischen Falte.

Trotz der bevorstehenden Nothwendigkeit einer Tracheotomie lehnte der Kranke die Aufnahme ins Spital ab; Erstickungsanfall Nachts, welcher die Tracheotomie nothwendig machte. Als Patient wieder zur Consultation kam, war der Tumor im Wesentlichen derselbe. Punktion mit dem Galvanokauter; Entleerung einer braunen, fadenziehenden dicken Flüssigkeit, die sich in der Folge wieder neu ansammelte, eiterig wurde und zu deren Beseitigung die Pharyngotomie gemacht werden musste. Die Heilung wurde perfect.

V. Bericht von Fallas (Brüssel): Ueber die Blutuntersuchung bei endocraniellen Complicationen von Otitiden und Gesichtssinusitiden.

Die Blutuntersuchung im Laufe von Otitiden und Gesichtssinusitiden und deren Complicationen könnte uns werthvolle Aufschlüsse geben, indem sie uns Aufklärung verschafft über gewisse specielle Zustände, die im Stande wären, uns den Weg zur Diagnose zu zeigen oder eine andere Prognose stellen zu lassen.

Das Blutserum kann sich ganz verschieden präsentiren, je nachdem es normal oder anormal ist oder fremde Elemente beherbergt. Ausserdem muss man noch mit den biologischen Eigenschaften rechnen. Bordet und Gengou haben dieselben benutzt in ihrer „Fixationsreaction". Widal hat seine „Serodiagnose" darauf aufgebaut. Diese beiden Reactionen haben eine ganz besondere Bedeutung, weil sie uns erlauben, sei es einen Typhus zu erkennen, sei es eine acute Tuberculose im Verlauf einer Otitis, die mit einer endrocraniellen Complication dieser Affection zusammengeworfen werden könnte.

Die rothen Blutkörperchen können im pathologischen Zustand die verschiedenartigsten Formen annehmen und sogar in ihrem Innern Granulationen beherbergen, die sich Färbungen gegenüber verschieden verhalten. Für viele Autoren steht der Gehalt an Hämoglobin im Verlauf einer Infection in Beziehung zum Grade des Uebels, welches diese hervorgerufen hat. Jedoch nur die Zählung der Blutkörperchen kann dazu dienen, die Complicationen der Otitiden und Gesichtssinusitiden unter sich zu differenciren.

Die weissen Blutkörperchen spielen, dank ihrer phagocytären Eigenschaften eine sehr wichtige Rolle den Infectionserregern gegenüber. Im Normalzustande enthält das Blut 7000 weisse Blutkörperchen pro cmm, unter welchen man notirt: kleine Lymphocyten 20—30 pCt., grosse Lymphocyten 3—4 pCt., intermediäre Lymphozyten 2—3 pCt., polynucleäre neutrophile Lymphocyten 65—75 pCt., polynucleäre eosinophile Lymphocyten 0,5—5 pCt.

Neben diesen normalen Elementen kann man noch einer Reihe anormaler Elemente begegnen wie Mastzellen, Plasmazellen, Myelocyten, Reizzellen von Türck, Leukocyten mit jodophilen Granulationen, degenerirte Leukocyten. — Nach den Untersuchungen von Kuttner aus der allgemeinen Chirurgie könnte man aus dem Factum, dass die Jodophilie zunimmt, während die Zahl der Leukocyten abnimmt, eine schlechte Prognose folgern. Im Verlaufe von Otitiden, acuten Sinusiten und ihren Complicationen constatirt man einen gewissen Grad von Leukocytose mit Polynucleose im Allgemeinen parallel dem Grade der Infection; zu bemerken ist aber, dass es sich da vor Allem um eine individuelle organische Schutzreaction handelt, die von einem Patienten zum anderen variirt. Man muss bei der Interpretation dieser Ergebnisse ebenfalls mit einer ganzen Serie sowohl physiologischer als pathologischer Facta rechnen, die eine Hyperleukocytose hervorrufen können: so das Alter, die Menstruation, die Schwangerschaft, Geburt, Verdauung, heftige Leibesübungen, Ermüdung, Stase und selbst die Agonie; dazu gehören noch die traumatischen, toxischen, malignen, medikamentösen und besonders infektiösen Leukocytosen, unter welche man noch die Leukämien rechnen muss.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blut anbelangt, so ist dieses Zeichen von der allergrössten Wichtigkeit für die Diagnose einer Septicämie, Pyämie, aber nicht constant. Im grossen Ganzen, wenn gleich eine ernste Prognose in sich schliessend, darf die Anwesenheit von Streptokokken im Blute nicht nothwendiger Weise als Todesurtheil ausgelegt werden.

Discussion:

Cheval (Brüssel) giebt eine Auseinandersetzung der Resultate von Untersuchungen, die er systematisch auf seiner Abtheilung seit der Versammlung vom

Juni vorigen Jahres am Blut, der Cerebrospinalflüssigkeit und dem Augenhintergrund bei 22 verschiedenen Individuen, wovon 21 operirt wurden, davon 2 bilateral, macht also 24 Fälle — hat ausführen lassen.

Delsaux (Brüssel) dankt seinem Collegen in beredter Weise, an der Hand der vorgelegten Tabelle gezeigt zu haben, dass unter den Controlverfahren, über die wir verfügen, die Blutuntersuchung noch diejenige ist, welche die besten positiven Resultate liefert. Obgleich approximativ und sich hauptsächlich auf die Hyperleukocytose stützend, sind die durch die hämatologischen Untersuchungen gelieferten Ergebnisse noch positiv, wenn die Untersuchung des Augenhintergrundes und die der Cerebrospinalflüssigkeit keine Resultate ergeben hat.

Tétrôp (Antwerpen) lenkt die Aufmerksamkeit auf den bakteriologischen Theil der Frage. Diese Nachforschung müsste mit einer grossen Quantität Blutes (10, 15, 20 ccm) vorgenommen werden; dieses müsste auf einem beträchtlichen Volumen von Bouillon derart ausgesät werden, dass sich die Bakterien entwickeln könnten. Die Thatsache, dass das Blut Bakterien mit sich führt, ergiebt noch keineswegs das Vorhandensein einer Septikämie. Man hat effectiv in der letzten Zeit constatirt, dass bei vielen localisirten Infectionen das Blut vorübergehend Mikroben führen kann.

Ledoux (Lüttich) möchte gerne wissen, was Cheval „Meningealreaction" nennt. Welches ist die Vorstufe dieser Reaction? Was heisst „flüssig" bei normaler Cerebrospinalflüssigkeit? Was ist eine positive Untersuchung?

Cheval: Wenn die Polynuclearzellen alterirt und in übergrosser Zahl in der Cerebrospinalflüssigkeit vorhanden sind, so kann man annehmen, dass diese Flüssigkeit anormal ist.

Fallas stimmt ganz und gar mit Cheval überein bezüglich der Existenz der Polynucleose im Verlaufe von Complicationen bei Otitiden und Gesichtssinusitiden. Die Schwierigkeit beginnt erst, wenn man die Complicationen untereinander differenziren will. Die Leukocyten bei extraduralem Gehirn- und Kleinhirnabscessen gleichen denen einer einfachen Mastoiditis derartig, dass es unmöglich erscheint, bestimmte Ziffern anzugeben. In der Thrombophlebitis und Meningitis ist die Leukocytose im Allgemeinen intensiv; es existiren aber Fälle, in welchen dieselbe beschränkt ist.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blute anbelangt, so existirt eine grosse Anzahl von Fällen mit schwerer Infection, wo trotz der minutiösesten Nachforschungen es nicht gelungen ist, Mikroben aufzufinden. Andererseits implicirt die Anwesenheit von Mikroben noch gar nicht die Nothwendigkeit einer Blutinfection. Nach den Masern z. B. kann man sie noch finden, ohne dass ihr Vorhandensein als pathologisch betrachtet werden könnte.

VI. Bericht von Broeckaert: Die Halsphlegmone bucco-pharyngealen Ursprungs.

Die primären Halsphlegmonen nehmen gewöhnlich ihren Ausgangspunkt in den weiten lymphatischen Territorien der Mundrachenhöhle. Man sieht sie auftreten: 1. im Gefolge von allen, selbst den unscheinbarsten Läsionen der Hautdecken des Gesichts, der Nase, der Augenlider, der Lippen; 2. nach Wunden und

Erosionen der Schleimhaut des Mundes und der oberen Respirationswege; 3. nach der Mehrzahl der Entzündungen der Nase, der Mundhöhle und des Pharynx und Larynx; 4. im Gefolge von Zahncaries und Durchbrechen des Weisheitszahnes. Das anatomische Studium der Halsganglien mit den dahin verlaufenden Lymphgefässen und das der Nischen, in welchen sie eingebettet sind, ist es, was die befriedigendste Classification der Halsphlegmonen gestattet.

Es ist ferner eine gründliche anatomische Kenntniss der Gegend, welche die werthvollsten Indicationen für die Prognose, Diagnose und Interventionsmethode giebt.

Diese Partie ist vom Autor in allen ihren Details studirt und in seiner Arbeit mit einer Tafel illustrirt, welche die allgemeine Lage der Halsganglien mit dem lymphatischen Territorium, von welchem sie versorgt werden, zeigt.

Die Halsphlegmonen sind hauptsächlich gefährlich durch die Complicationen, welche sie veranlassen. Wenn die Phlegmone in dem von mittlerer und prävertebraler Halsfacie begrenzten Raum ihren Sitz aufgeschlagen hat, so sieht man nicht selten den Eiter sich längs der Gefässscheide ins Mediastinum ergiessen. Unter anderen Zufällen sind zu erwähnen das Larynxödem, die Pyämie, die Septikämie, der Durchbruch des Eiters in die Luft- und Verdauungswege, die Ulceration der grossen Halsgefässe, die Thrombosen und Embolien, Zufälle infolge von Compression. Die Behandlung muss im Anfang die Unterdrückung der prädisponirenden und der veranlassenden Ursachen im Auge haben. Sobald die Eiterung eingetreten ist, muss der Herd weit eröffnet werden. Die frühzeitige Incision muss vorgenommen werden, ehe der Eiter Complicationen veranlasst hat; eher eine unnöthige Incision machen, als eine unentbehrliche Intervention verschieben. Ist der Abscess oberflächlich geworden, dann eröffnet man ihn an der Durchbruchsstelle; bei tief gelegenen Abscessen muss man zum Eiterherd, sei es von der Mundhöhle — Ausnahmeweg —, sei es von der äusseren Haut aus, gelangen, indem man bald die Incision am vorderen Rand des Sternomastoideus, bald an dessen hinterem Rand macht.

Discussion:

Beco bemerkt, dass klinisch die Grenzen der anatomischen Räume schnell überschritten sind. Er erinnert an einen Fall, bei welchem er nicht mit Hülfe des Kehlkopfspiegels und der Zeigefingerpalpation mit hinlänglicher Sicherheit die Stelle localisiren konnte, an welcher sich der Eiter angesammelt hatte. Eine im Niveau des hervorragendsten und härtesten Theils des Halses vorgenommene Incision konnte nicht auf die Phlegmone stossen, obgleich der Autor durch die compacte Gewebsmasse mehr als $4^1/_2$ cm tief vorgedrungen war. Es trat eine momentane Besserung der subjectiven Beschwerden ein, die aber 2 Tage später mit erneuter Intensität auftraten. Einer neuen Hohlsondenuntersuchung gelang es, den Eiterherd, der ca. 5 cm von der Hautoberfläche entfernt lag, zu eröffnen. Die Heilung fand ohne Zwischenfall innerhalb 14 Tagen statt,

Hennebert erinnert an die Beobachtung eines Kranken, welchen er vor 3 Jahren vorgestellt hatte. Es handelte sich um einen Nasenfurunkel, complicirt mit einem Doppelabscess des Septums, eine Lymphangitis frontal. und eine Halsphlegmone mit Larynxödem. Alle Halsgewebe vom Unterkiefer bis zur Clavicula

waren in eine Masse aufgegangen. Eine Incision vorn am Sternomastoideus, in der Höhe des Ringknorpels, verschaffte einer sehr geringen Menge Eiter, dagegen einer grossen Menge seröser Flüssigkeit den Ausweg. Heilung nach einigen Tagen.

Trétrôp hat eine Adenophlegmone des Halses nach einer gewöhnlichen Amygdalitis sich entwickeln sehen; jedoch enthielt der Eiter Tuberkelbacillen, da die damit geimpften Meerschweinchen an Tuberculose zu Grunde gingen. Der Autor entfernte die ganze inficirte Lymphdrüsenkette und der Kranke genas vollständig und erfreut sich seit Jahren einer ausgezeichneten Gesundheit. T. ist überzeugt, dass der Kranke ohne die Exstirpation der Lymphdrüse tuberculös geworden wäre.

Auch in Bezug auf Syphilis muss man auf der Hut sein. T. citirt einen Fall von Phlegmone lignosa im Verlaufe eines Mandelschankers.

Fallas hat auf der oto-laryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals eine Serie von Phlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs zu beobachten Gelegenheit gehabt, die mit Bierhefe und Mundaseptik behandelt in Heilung übergingen.

VII. Diverse Mittheilungen.

Delie (Ypres): Pseudoleukämie tonsillären Ursprungs.

7jähriges kräftiges Kind, in voller Gesundheit, beklagt sich über eine einfache Schluckbehinderung. Die Untersuchung ergab als Ursache eine beträchtliche Hypertrophie beider Mandeln, welche sich mit ihren inneren Flächen berühren. Diese Organe haben eine gräulich-weisse Farbe, und ihr eigenes Gewebe scheint der Sitz einer ödematösen Infiltration zu sein, ohne dass anormale Secretion oder Ulceration vorhanden wäre.

Am Unterkieferwinkel existiren einige wenig entwickelte Lymphdrüsen, welche wahrscheinlich in Beziehung zu der Mandelhypertrophie stehen. Hereditär weder Syphilis noch Tuberculose nachzuweisen. Handelte es sich um eine Hypertrophie inflammatorischer oder scrophulöser Natur? War es ein Lymphom, Lymphadenom, Sarkom, Carcinom? Entfernung einer Mandel, deren histologische Untersuchung durch Prof. Van Duyse folgendes Resultat lieferte: Hyperplasie der lymphoiden Elemente mit Hypertrophie des Stromas. Diese Gewebsnetzsklerose ist der Beweis dafür, dass es sich weder um ein Lymphadenom, noch um ein Lymphosarkom gehandelt hat. Das ist die Eigenthümlichkeit der Leukämie oder Pseudoleukämie.

Die Blutuntersuchung ergab leichte Vermehrung der Leukocyten mit vorherrschenden Polynucleärzellen; weder Leukämie noch perniciöse Anämie. Die allgemeine Körperuntersuchung ergiebt keine Alteration, ausser den hypertrophischen Halslymphdrüsen.

Im Verlaufe von 2 Monaten hatte die Krankheit bedeutende Fortschritte gemacht; das Kind war äusserst anämisch, bekam allgemeines Oedem und Dyspepsie in Folge von Lungenödem, hervorgerufen durch die Compression der Mediastinalorgane. Die Axillar- und Inguinallymphdrüsen sind normal, aber die des Halses sing ganz bedeutend voluminöser, runde, unregelmässige, enorme Massen bildend. Die Mandeln waren von einem bedeutenden Volumen, hauptsächlich die, welche nicht entfernt worden war.

Das Kind starb 3 Monate nachdem es D. zum ersten Male gesehen hatte.

Sargnon (Lyon): Parallele zwischen der inneren Kautschukdilatation und der Laryngostomie.

Unter innerer Kautschukdilatation versteht der Autor die retrograde Einführung eines „Dilatationsdrains“ durch die Trachealwunde in den verengerten oberen Theil der Trachea und den stenosirten Larynx. Dieses Drain ist eingeführt und in seiner Lage erhalten durch einen endlosen Faden, welcher einerseits durch den Mund, andererseits durch die Trachealöffnung läuft. Das ist eine ziemlich alte Methode.

Die äussere Kautschukdilatation ist nur möglich durch ihre Combination mit der Laryngostomie. Diese bildet eine ganz neue Methode, welche bis jetzt nur ungefähr 45mal ausgeführt wurde, wovon 20 auf die Lyoner Schule kommen. Die Indication für die Laryngostomie ist schon verschiedene Male beschrieben worden, daher Referent nicht mehr darauf zurückkommen will. Trotzdem befürwortet Sargnon die Nützlichkeit der Moure'schen Scheere für die Section der Kehlkopfknorpel und den Gebrauch der Lombart-Sargnon'schen Canüle, welche den Verband erleichtert. Er weist noch auf eine glückliche von Fournier angebrachte Modification hin, welche darin besteht, die Canüle durch ein Knopfloch im Dilatationsdrain hindurchzuführen, mit dem sie dann einen Körper bildet. Der Autor betont die Zweckmässigkeit, den Kautschuk zur Dilatation narbiger Verengerungen zu verwenden, während die von der italienischen Schule angepriesene Gaze sich besser für narbige Stenosen eigne. Sargnon macht noch auf 2 sehr wichtige technische Punkte aufmerksam: 1. um nachträgliche üble Zufälle und besonders Recidive zu vermeiden, muss man immer die Incision zur Laryngostomie von der Tracheotomiewunde aus, so tief dieselbe auch sein mag, ausgehen lassen; 2. die Autoplastik muss immer spät, ja recht spät vorgenommen werden, ja in schweren Fällen wird man gut thun, sehr lange eine kleine Sicherheitsöffnung zu erhalten.

Man kann im Allgemeinen sagen, dass der Canulenträger selten eine narbige Verengerung aufweist, während es sich bei dem intubirten Canulenträger immer oder beinahe immer um eine enge Ringknorpelnarbencontractur handele.

Die functionellen Stenosen sind häufig der inneren Kautschukdilatation zugänglich, und nur im Falle des Misslingens wird man zur Laryngostomie greifen.

In Fällen von Granulationswucherung um die Canüle herum ist die interne Kautschukdilatation oft nützlich und hinreichend nach Entfernung der Granulationswucherungen. Die knorpeligen Narbenstenosen fallen in den Bereich der inneren Kautschukdilatation, wenn sie nur wenig eng sind, in den der Laryngostomie, wenn sie breit sind und das erste Mittel fehlgeschlagen hat.

Für Sargnon gehören die mittleren Narbenstenosen in die gleiche Domäne der Laryongostomie. Was die Stenosen und Verwachsungen anbelangt, so räth der Autor, sie von vornherein mit der Laryngostomie zu behandeln.

In der auf die Intubation folgenden Geschwürsperiode, aber vor der Bildung endomucösen Narbengewebes kann die innere und frühzeitige Kautschukdilatation die Stenose verhindern.

Endlich ist die Laryngostomie ganz besonders indicirt bei der Cur recidivirender Papillome (italienische Schule, Beco, Sargnon); sie kann bei gewissen

Formen von Larynxtuberculose ohne schwere Lungenläsionen und bei einigen Fällen von Neoplasma, aber ganz am Anfang, zur Verwendung kommen.

Hinsichtlich der Schwere der Operation nimmt die Laryngostomie die Mitte ein zwischen der Laryngofissur und der Laryngectomie.

Discussion:

Jacques (Nancy) glaubt, dass es am Platze wäre, die Indicationen zur Laryngostomie genauer festzustellen. Nach seiner Ansicht ist sie eine werthvolle Intervention in Fällen fibröser Stenosen; man muss aber darauf achten, dass bei bösartigen Tumoren das Verbleiben eines mit dem primären Degenerationsherd in Contact stehenden Fremdkörpers reizend wirkt und gewisse Unbequemlichkeiten haben kann; das permanente Offenhalten des Larynx Papillomen gegenüber bleibt eine Operation von vielleicht excessiver Schwere, weil die Indicationen dafür discutabel erscheinen gegenüber besonders der neuen Erleichterungen, welche die directe Laryngotracheoskopie bietet.

Beco giebt zu bemerken, dass alle seine Kranken zuvor tracheotomirt waren und die Canüle zum mindesten 8 Monate lang getragen haben; ausserdem haben zwei bei jedem neuen Recidiv Jodsalze genommen. Immerhin verwirft er nicht systematisch die Tracheotomie, weil man ihr Heilungen zugeschrieben und sie keineswegs die secundäre Laryngostomie erschwert, welche nach ihm die letzte chirurgische Reserve bildet. Er erkennt vollständig die Laryngotracheoskopie an, welche mehr oder weniger glückliche Resultate liefern könne je nach der Geschicklichkeit des Operateurs und der Schwere des Falles. Jedoch deucht ihm, dass sie oft fehlschlagen dürfte auch in den geschicktesten Händen.

Sargnon meint, dass man die 2 Methoden von Laryngostomie auseinanderhalten müsse:

1. die Laryngostomie mit äusserer Kautschukdilatation, typische Methode für Narbenstenosen;

2. die Laryngostomie ohne Kautschukdilatation, die in Folge dessen auch garnicht reizend wirkt, sollte in den anderen Fällen angewendet werden und hauptsächlich bei den recidivirenden Papillomen.

Was die Mortalität anbelangt, so kenne man unter 47 Fällen nur 3 Todesfälle; einen an Bronchopneumonie, einen an Bronchopneumonie bei einer dem Autor unbekannten Patientin; und endlich einen dritten ebenfalls an Bronchopneumonie nach der Heilung und Sutur (These von Barlatier, 1908). Es geht daraus hervor, dass man die Kranken im nicht entzündlichen, kalten (à froid) Zustand operiren muss, wenn man die Lungeninfection, welche hauptsächlich dem Brand (Sphacelus) zuzuschreiben ist und die gewöhnlich eine buccale Infection ist, vermeiden will.

Janquet (Brüssel) glaubt nicht an die specifische Wirkung des Kautschuk auf den Schwund des Narbengewebes; dieser wird allein durch die Compression bedingt.

Er glaubt, die Dilatationsdrains mit Vortheil ersetzen zu können durch einen Apparat, der auf die der Dilatation ausgesetzten Gewebe einen constanten Druck ausübt, der etwas niedriger als der Blutdruck ist, aber hinreichend genug, um eine progressive Atrophie der Gewebe durch Ernährungsverminderung hervorzurufen.

Man vermeidet so die Mortification und den Sphacelus, die gefährlich werden können.

Guisez (Paris): Ergebnisse der directen Tracheoskopie und Laryngoskopie.

Vorzeigen der zwei letzten Fremdkörper (kleine Erbse und Kautschukröhre), welche der Autor aus dem rechten Bronchus mit der Bronchoskopie herausgeholt hat.

Die Intervention war leicht und die Heilung ging ohne Complicationen vor sich. Er berichtet ferner noch über mehrere Fälle von directer Tracheoskopie:

1. Trachealtumor von fibröser Consistenz bei einem Erwachsenen, inserirt im Niveau des zweiten Trachealringes und diagnosticirt mit der Tracheoskopie. Operation auf natürlichem Wege. Heilung.

2. Multiple Larynx- und Trachealpapillome bei einem 6jährigen Kinde. Operirt mit Tracheoskopie nach vorausgeschickter Tracheotomie. Heilung.

3. Doppelte Intratrachealklappe dyspnoetische Erscheinungen verursachend. Diagnose durch Tracheoskopie. Section der Klappe gefolgt von partieller Heilung. Die hintere Klappe ist nicht dilatirbar; es handelt sich um eine Hernie der hinteren Wand der Trachea in das Lumen.

4. Zwei Fälle von Compression, der eine durch einen Kropf, der andere durch eine Tracheo-bronchialadenopathie. Die Tracheoskopie gestattete den Sitz des Hindernisses festzustellen und über die Zweckmässigkeit einer tiefen Tracheotomie zu entscheiden.

Guisez (Paris): Ueber die ösophagoskopische Diagnose bei den verschiedenen Formen von Oesophagusstenose.

Reihe persönlicher Beobachtungen betreffend das Aussehen, welches das Oesophaguslumen je nach den verschiedenen Formen der Stenosen darbietet.

Discussion:

Jacques lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein weisser Flecken in der Nachbarschaft von Oesophagusneoplasmen, die man manchmal mit wirklichen leukoplastischen Flecken vergleichen könnte, die aber im Gegensatz zu diesen ganz und gar nicht adhäriren, denn es handelt sich hier um Belege oberflächlicher Ulcerationen.

Bezüglich der Behandlung von Oesophagusverengerungen giebt er das sehr befriedigende Resultat an, welches er bei zwei Kindern mit enger Narbenstenose caustischen Ursprungs durch die mehrere Tage dauernde Dauerapplication eines feinen an einen Zahn fixirten Gummibougies erzielt hat. Perfecte Toleranz. Das Verschlucken von Flüssigkeit wurde sehr schnell ertragen. Schliesslich bot die ganz und gar erweichte Strictur dem Einführen viel voluminöserer Sonden kein Hinderniss mehr dar.

Trétrôp: Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie.

T. practicirt die Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie mit den Killian'schen Röhren und hat es dahin gebracht, das dazu nothwendige Instrumentarium bedeutend zu vereinfachen.

Er empfiehlt den Gebrauch der neuen Killian'schen Spatelröhren mit verschiebbaren inneren Röhren und zur Beleuchtung den gewöhnlichen Clar'schen Spiegel.

Er giebt die Beschreibung eines äusserst einfachen Oesophago-trachealphantoms und räth, sich nach der Methode von Castre u. Morat an eingeschläferten Hunden zu üben.

Er theilt die von ihm neuerdings behandelten Fälle mit:

1. Oesophagus: Ein Fall von Wunde durch ein stechendes Instrument; ein Fall von Fremdkörper; grosse Fischgräte; Fälle von vermutheten Fremdkörpern; ein Fall von Pseudokrebs, bei welchem die Oesophagoskopie nur einen Spasmus ergeben hat. Drei Fälle von Oesophaguskrebs, wovon einer mit Herausnahme eines Stückchens zur mikroskopischen Untersuchung.

2. Larynx und Trachea: Zwei Kehlkopffremdkörper, ein Fragment der Hülse eines Apfelkerns und eine feine Fischgräte; endlich ein Fall von Papillom, der sich noch in Behandlung befindet.

T. citirt Fälle von Asthma geheilt durch bronchoskopische Behandlung und schliesst daraus, dass angesichts der Dienste und der Einfachheit der Methode sich der Specialist dieselbe zugänglich machen sollte.

Trétrôp: Praelaryngealcyste, operirt und geheilt.

Erwachsener Mann mit einer Cyste, welche sich seit drei Jahren vorne am Kehlkopf entwickelt hatte. Abtragung unter Localanästhesie und Heilung per primam: Talgcyste vom Volumen einer grossen Walnuss.

Discussion:

Capart jr. (Brüssel) hatte neulich die Gelegenheit einen Fall von Tuberculose der Bursa serosa subhyoidea zu operiren. Das Aussehen des Tumors war analog dem, welches man bei den Hygromen der Serosa constatirt. Da mehrere Aspirationen des Eiters vermittelst einer Spritze die Heilung nicht herbeiführten, wurde zur Radicaloperation geschritten. Der Eitersack war doppelt. Eine feine Oeffnung stellte eine Communication her zwischen dem äusseren Abscess und dem unterhalb des Os hyoid. sich befindlichen.

Janquet (Bruxelles) erinnert daran, dass ein Unterschied besteht zwischen der Bursa subhyoid. Bayer's und der Bursa praelaryngealis Broca's. Er hat mehrere Fälle von Hygroma und Abscessen dieser Bursae gesehen, die sich vom anatomischen Gesichtspunkte aus absolut differenzirten.

Trétrôp: Larynxstenose mit plötzlichem Tod.

Beobachtung eines Kranken, welcher plötzlich erstickte, ehe man ihm zur Hülfe eilen konnte. Bei der Autopsie fand man die Stimmbänder sich derart berührend, dass sie jeden Luftdurchgang abschlossen. Es war eine gewisse Schwellung der rechten Regio arytaenoid. vorhanden und ein kleiner gelappter ziemlich consistenter Tumor der rechten seitlichen hinteren Wand in halber Höhe derselben, welcher nach hinten in den Oesophagus einen Vorsprung bildete. Der Autor wollte das Präparat intact vorzeigen, ehe er mikroskopische Schnitte davon anlegte.

Fallas: Einige Fälle von Complicationen bei der Operation adenoider Vegetationen.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 13jähriges Mädchen, welches noch nie zuvor menstruirt und bei der Abtragung der adenoiden Wucherungen eine schwere Hämorrhagie bekam. Vom nächsten Monat ab traten die Regeln regelmässig ein.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine purulente chronische Otitis bei einem Erwachsenen, dem man in der Chloroformnarkose eine Vegetation, ein knorpliges und ein hypertrophisches Muschelende abtrug. Die Operation war sehr mühsam, wegen des nervösen Zustandes des Patienten, welcher sich derartig gebärdete, dass er mehrmals vom Operationstisch herunterfiel. Vier Tage darauf stellten sich Symptome von Lungenabscess ein, der glücklicherweise nach mehreren Brechmitteln mit Heilung endete. F. glaubt, dass der Abscess von der Aspiration von Blut und Wucherungsfragmenten während der Operation herrührt. Er mahnt zur Vorsicht bei der allgemeinen Narkose bei der Operation von Vegetationen beim Erwachsenen und empfiehlt die Rose'sche Kopflage.

Montag, den 29. Juni

Excursion nach Tervüren und Löwen, wo der sympathische und allgemein beliebte Präsident Delmarcel mit seiner Gattin den Congressmitgliedern einen gastlichen Empfang bereitete, den alle in der angenehmsten Erinnerung behalten werden.

Bayer.

---

e) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 27. April 1907.

Sterling: Zwei Fälle von Siebbeinempyem.

I. 15jähriger Patient, der an Schmerzen im oberen Theil der rechten Orbita leidet. Die Augenlider sind ödematös und geröthet; leichter Exophthalmus. In der Nase kein Eiter. Diagnose: Orbitalabscess wahrscheinlich im Anschluss an ein Stirnhöhlenempyem. Bei der Incision findet man die Siebbeinzellen voller Eiter und Fungositäten. Curettage. Heilung.

II. Kranker von 59 Jahren. Seit einigen Tagen fester und sehr schmerzhafter Tumor im rechten inneren Augenwinkel. Schwellung der submaxillaren Drüsen. Kein Eiter in der Nase. Diagnose: Sarkom. Operation: Enucleation des Bulbus. Man fand keinen Tumor, sondern nur Eiter und Granulationen an der Lamina papyracea und in den Siebbeinzellen. St. räth den Ophthalmologen in allen derartigen Fällen, um solche Irrthümer zu vermeiden, vor der Operation einen Rhinologen zuzuziehen.

Rueda analysirt die vasculären und nervösen Beziehungen der Siebbeinregion und Orbita.

Tapia: Solche Irrthümer sind nicht zu begreifen, wenn man nicht zugiebt, dass die Untersuchung mangelhaft war. Der endonasale Weg der Operation ist nur einzuschlagen, wenn es sich um reine Siebbeinempyeme handelt. In allen anderen Fällen ist der Weg von der Orbita aus einzuschlagen; handelt es sich

dann um ein Stirnhöhlenempyem, so hat man bereits das II. Tempo der Killianschen Operation gemacht, die er in allen diesen Fällen für die zu wählende Methode hält.

Sitzung vom 7. Mai 1907.

Goyanes: Enucleation eines grossen cystischen Kropfes.

Kranke von 23 Jahren. Der Kropf verdrängte den Larynx, Trachea und Oesophagus stark nach links. Es bestand Athemnot und Schluckbehinderung. Operation in Scopolamin-Morphiumschlaf. Heilung.

Cardenel verwirft die allgemeine Narkose und räth zur Localanästhesie nach Kocher, um den Recurrens besser überwachen zu können.

Landete: Ueber die Anwendung von Somnoform in der Stomatologie.

Er bespricht die Anwendung des Mittels in seiner Klinik.

Tapia bespricht den Gebrauch des Somnoforms in der Otorhinolaryngologie.

Sitzung vom 20. Mai 1907.

Tapia: Einige Fälle von Kehlkopflähmung.

I. Posticuslähmung des linken Stimmbandes, besteht seit den 4 Jahren, während welcher der Pat. in Beobachtung ist. Es ist auch mit Hülfe der Radiographie nicht möglich, einen Grund für die Lähmung ausfindig zu machen.

II. Halbseitige Kehlkopflähmung und Lähmung des Gaumensegels derselben Seite (Avellis'scher Symptomencomplex). 18jährige Patientin, in der Familie Tuberculose. Seit $1/2$ Jahr Regurgitiren von Flüssigkeiten durch die Nase. Allmählich besserte sich diese Erscheinung und verschwand schliesslich ganz. Kurze Zeit darauf Heiserkeit. Untersuchung ergiebt rechtsseitige Gaumensegellähmung, Sensibilität daselbst herabgesetzt. Das rechte Stimmband in Cadaverstellung. Die durch den Glossopharyngeus, Trigeminus, Chorda tympani versorgten Partien völlig normal. In diesem Fall schien es also, dass die Sensibilität des Gaumensegels durch den N. pharyngeus superior besorgt wird. Pat. hatte Tachycardie und keuchhustenähnlichen Husten.

T. giebt eine Analyse des Falles.

III. Avellis'scher Symptomencomplex. 48jähriger Patient, dessen Geschichte der vorigen gleicht. Die Störungen wurden hervorgerufen durch syphilitische Halsdrüsen.

Sitzung vom 27. Mai 1907.

Goyanes: Myelogenes Sarkom des Oberkiefers.

Das Sarkom hatte sich in der Diploe des Oberkiefers entwickelt. Kieferresection. Heilung.

Botella: Fremdkörper des Oesophagus.

Zahnprothese 24 cm von der Zahnreihe entfernt im Oesophagus sitzend. Die

Extraction auf ösophagoskopischem Wege misslingt. Oesophagotomia externa. Heilung.

Tapia führt 6 Fälle an, in denen die Extraction auf ösophagoskopischem Wege gelang; nur in einem Falle musste die Oesophagotomie gemacht werden.

Tapia.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. L. Réthi (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Am King's College (London) ist eine Professur für Laryngologie errichtet und Dr. St. Clair Thomson übertragen worden.

Zum 50jährigen Doctorjubiläum Emerich v. Navratil.

Leider sehr verspätet geht uns die Nachricht zu. dass unser verehrter Mitarbeiter, Hofrath E. v. Navratil, im Juni letzten Jahres das Jubiläum seiner 50jährigen Promotion zum Doctor Medicinae an der Universität Budapest gefeiert hat. Der Jubilar hat als einer der ersten Schüler Czermak's an der Wiege der Laryngologie gestanden und dürfte wohl als Senior der gegenwärtig lebenden Laryngologen zu betrachten sein. Ein gütiges Schicksal hat ihm verstattet, nicht nur die Jubelfeier gesunden Körpers und Geistes zu erleben, sondern auch die Organisation der rhino-laryngologischen Section des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest zu übernehmen, eine Aufgabe, die er sicher zu allseitiger Zufriedenheit lösen wird. Bei Gelegenheit des Jubiläums wurde ihm von Seiten der Budapester medicinischen Fakultät ein Ehrendiplom überreicht, und er wurde von verschiedenen medicinischen Körperschaften seines Heimathlandes aufs Herzlichste beglückwünscht.

Diesen Glückwünschen schliesst sich das Centralblatt, das bei dieser Gelegenheit wohl als Sprecher für die ausländischen Specialcollegen des Jubilars fungiren darf, aufs Wärmste an. Möge es ihm vergönnt sein, noch viele Jahre in gleicher Frische des Geistes und Körpers zu verleben! — Die Laryngologie ist ihm dankbar für viele Bereicherungen ihres Wissens und Könnens! —

Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses.

Soeben sind im Verlage von Franz Deuticke (Wien und Leipzig) die Verhandlungen dieses Congresses, herausgegeben vom Generalsekretär Prof. Dr. M. Grossmann, erschienen. Ueber die Verhandlungen selbst ist bereits im Centralblatt berichtet worden (Mai-, August- und Septembernummer vorigen Jahres). Das schnelle Erscheinen des stattlichen 637 Seiten und 93 Abbildungen enthaltenden Bandes ist dankbar anzuerkennen. Es zeigt eindringlicher, als die Ausführungen eines Einzelnen es vermögen, wie tief bedauerlich es wäre, wenn eine Specialität, die solcher Leistungen fähig ist, ihre Selbstständigkeit einbüsste! —

Zur Stellung der Laryngologie in England.

Bezüglich der unter „Personalnachrichten“ mitgetheilten Errichtung einer Professur für Laryngologie am King's College (London) bringt das British Medical Journal vom 19. December einen Leitartikel unter dem Titel „Specialities and Professorships“, den wir der Beachtung der Collegen empfehlen, die sich für die Geschichte unserer Specialität interessiren. Es klingt wie ein Echo unseres vor genau 24 Jahren erschienenen Leitartikels über „die Stellung der Laryngologie in Grossbritannien (Centralblatt I., S. 163 u. 189), wenn noch heute in einem leitenden

englischen medicinischen Blatte die gegenwärtige Stellung der Laryngologie an den grossen Hospitälern Londons folgendermaassen geschildert werden kann:

„Die Laryngologie und andere gegenwärtig durchaus anerkannte Specialitäten gelangten später (d. h. als die Ophthalmologie) zur Anerkennung, nicht ohne heftige Opposition. Aber obwohl gegenwärtig die meisten allgemeinen Hospitäler Abtheilungen für Krankheiten des Halses, der Ohren und der Haut haben, denen Specialisten vorstehen, so sind die Lehreinrichtungen dieser Zweige der Medicin in vielen Schulen nichts weniger als ausreichend für das Bedürfniss der Lernenden und befriedigend für den Lehrer. In feiner, aber nicht misszuverstehender Weise wird dem Specialisten die Inferiorität seiner Stellung fühlbar gemacht.[1] Oft wird er nur eben von seinen medicinischen und chirurgischen Collegen geduldet; bisweilen muss er taub für kaum verhüllten Hohn über sein Arbeitsfeld und blind für persönliche Missachtung sein; die Einrichtung seiner Abtheilung ist ungenügend und Verbesserungen des Instrumentariums und der Räumlichkeiten werden nur murrend bewilligt; als untergeordnete Assistenten werden ihm Studenten ohne jede klinische Erfahrung zugetheilt. Auf diese Weise werden seine Gelegenheiten, sich entweder als Kliniker oder als Lehrer nützlich zu machen, auf das niedrige Niveau beschränkt, welches man für die angemessene Sphäre einer blossen Specialität hält. In einigen Londoner Schulen ist die Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten nominell unter der Leitung eines der Hospitalchirurgen, der aber die Arbeit einem Assistenten überträgt."

Die weiteren sehr lesenswerthen Ausführungen bringen Belege für diese — nach meiner persönlichen Erfahrung durchaus wahrheitsgetreuen — Angaben. Es ist gut, dass endlich einmal ein führendes englisches medicinisches Blatt die Sachlage aufdeckt und die Dinge beim rechten Namen nennt. Verhältnisse der geschilderten Art sind es gewesen, die mich vor elf Jahren zum Rücktritt von meiner Stellung an einem der grossen Hospitäler Londons getrieben haben. Ich bedauere, aus dem oben citirten Artikel zu entnehmen, dass die Dinge anscheinend ziemlich allgemein auch heute noch so liegen, wie ich dies vor 24 Jahren in diesem Blatte schilderte und 15 Jahre lang persönlich erlebte. Felix Semon.

In welchen Zwischenräumen sollen die allgemeinen internationalen medicinischen Congresse tagen?

Das Comité des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest hat den nationalen Comités der einzelnen Länder den Vorschlag unterbreitet, dass die Intervalle zwischen den Congressen fünf Jahre betragen sollen, wenn sie in gleichen, drei Jahre, wenn sie in verschiedenen Erdtheilen stattfinden. Im britischen Landescomité hat der Herausgeber des Centralblatts diesem Vorschlag gegenüber die Modification proponirt, dass jederzeit eine vierjährige Zwischenzeit innegehalten werden solle, da auf diese einfache Weise eine practische Verständigung mit den internationalen Specialcongressen erzielt werden könne. Entschlössen sich nämlich auch letztere zu einem vierjährigen Turnus, so könne jeder Zweig der Medicin, einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bliebe ein freies Jahr.

Dieser Vorschlag wurde von dem britischen Landescomité einstimmig angenommen und dürfte bereits dem ungarischen Organisationscomité unterbreitet worden sein. Seither haben sich die „Berliner klinische Wochenschrift" (No. 49, 1908, S. 2212) und das „Brit. medical Journal" (Dec. 19, p. 1829) mit ihm einverstanden erklärt und empfehlen warm seine Annahme.

Auch der so nothwendige Vorschlag Waldeyer-Posner: ein ständiges Organisationscomité für die internationalen allgemeinen Congresse einzusetzen (vgl.

---

1) Der englische Satz, der sich kaum wörtlich übersetzen lässt, lautet: „In subtile ways the specialist is made, in the language of the police court, to feel his position."

Centralblatt, XXI, 1905, S. 420), — scheint nunmehr seiner Verwirklichung entgegenzugehen.

Erklärung.

In verschiedenen medicinischen und Tageszeitungen ist in der letzten Zeit eine Reihe von Artikeln veröffentlicht worden, welche das Wesen der sogenannten „Soldschreiber“ über medicinische Präparate beleuchten. Die Abfassung dieser Artikel ist theilweise geeignet, bei den Aerzten und dem Publicum irrige Auffassungen über die Art der Einführung neuer Heilmittel zu erwecken. Der „Verband der chemisch-pharmazeutischen Grossindustrie“ sieht sich deshalb zu folgender Erklärung veranlasst:

Der „Verband“ bekämpft das Soldschreiberwesen auf das Energischste und hat die gleichen Bestrebungen der „freien Vereinigung der medicinischen Fachpresse“ in jeder Weise thatkräftig unterstützt, wie dies auch von der „Vereinigung“ anerkannt worden ist.

Die dem „Verband“ angehörigen Firmen müssen mit aller Entschiedenheit der völlig haltlosen Auffassung entgegentreten, als hätten sie irgend ein Interesse an einer „Schönfärberei“ in den Publicationen über Arzneimittel. Ihr alleiniges Interesse ist das einer gründlichen, sorgfältigen und absolut einwandsfreien Prüfung ihrer Präparate durch anerkannte, unbeeinflusste Fachmänner. Eine solche Prüfung ist aber zur Erzielung von Fortschritten auf dem Gebiete der medicamentösen Therapie durchaus unentbehrlich.

Die in der Fachpresse erörterte Frage der Honorirung von Arbeiten über medicinische Präparate ist eine ärztliche Standesangelegenheit. Die unterzeichneten Firmen nehmen deshalb hierzu keine Stellung; sie halten es für ausgeschlossen, dass ein ehrenhafter Arzt seine Ansichten und die Ergebnisse seiner Untersuchungen irgendwie davon beeinflussen lassen könnte, ob ihm seine Arbeit und Mühe vergütet wird oder nicht. Diese Frage sollte mit der völlig anders gearteten Frage der Ausmerzung berufsmässiger Soldschreiber in keiner Weise verquickt werden.

Actiengesellschaft für Anilinfabrication, Berlin SO. 36.
C. F. Boehringer u. Söhne, Mannheim-Waldhof.
Chemische Fabrik auf Actien vorm. E. Schering, Berlin N. 39.
Chemische Fabrik Güstrow, Güstrow i. M.
Chemische Fabrik von Heyden, A.-G., Radebeul bei Dresden.
Farbenfabrik vorm. Friedr. Bayer u. Co., Elberfeld.
Farbwerke vorm. Meister, Lucius u. Brüning, Höchst a. M.
Gehe u. Co., A.-G., Dresden-N.
Gesellschaft für Chemische Industrie, Basel (Schweiz).
F. Hoffmann, La Roche u. Co., Grenzach (Baden).
Kalle u. Co., A.-G., Biebrich a. Rhein.
Knoll u. Co., Ludwigshafen a. Rhein.
E. Merck, Darmstadt.
Pearson u. Co., G. m. b. H., Hamburg.
J. D. Riedel, A.-G. (Chemische Fabriken), Berlin N. 39.
Schülke u. Mayr, Lysolfabrik, Hamburg.
Dr. Theinhardt's Nährmittel, G. m. b. H., Cannstatt-Stuttgart.
Vereinigte Chininfabriken Zimmer u. Co., G. m. b. H., Frankfurt a. M.

[Indem wir obige Erklärung gern, wie gewünscht, abdrucken, bemerken wir mit Bezugnahme auf die immer häufiger werdende Zusendung anonymer, offenbar zum Abdruck bestimmter Referate über neue Mittel und Behandlungsmethoden, dass das Centralblatt nur Berichte seiner eigenen Referenten aufnimmt. Red.]

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Februar. 1909. No. 2.

I. Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

Danksagung und Erklärung des Herausgebers.

Der Anfang des neuen Jahres hat mir die grösste Freude gebracht, die einem Menschen am Schlusse seiner Laufbahn zu teil werden kann: den Beweis, dass seine Bestrebungen von denjenigen, denen sie gewidmet waren, nicht nur anerkannt, sondern ihrer Dankbarkeit gewürdigt werden.

Ganz unerwartet ist mir beim Beginne des 25. Jahrganges des Centralblatts von meinen gegenwärtigen und einer Anzahl meiner früheren Mitarbeiter, von dem Verleger des Blattes, von der überwiegenden Mehrzahl der laryngologischen Gesellschaften der Welt, von einer grossen Zahl persönlicher Freunde und mir persönlich nicht bekannter Specialicollegen so viel Ehrung erwiesen, so viel Herzliches, Liebes und Gütiges gesagt worden, dass Worte nicht ausreichen, um den Gefühlen Ausdruck zu geben, die mein Innerstes bewegen. —

Es war meine Absicht gewesen, das Jubiläumsjahr des Centralblatts in aller Stille verstreichen zu lassen und erst in der Juninummer dieses Jahres, d. h. in dem Augenblicke, wo es thatsächlich ein Vierteljahrhundert bestanden haben wird, gleichzeitig mit einem kurzen Rückblick auf die Entwickelung unserer Specialität während der letzten 25 Jahre die Mittheilung zu machen, dass ich mit dem Abschluss dieser Nummer von der Redaction zurückträte, da ich an diesem Tage mich von der Praxis zurückzuziehen*), London zu verlassen und den Rest meiner Tage auf dem Lande zu verleben beschlossen habe. Demgemäss hatte ich weder in der Julinummer des letzten Jahres, in welcher das Blatt thatsächlich in sein 25. Lebensjahr eintrat — denn seine erste Nummer ist am 1. Juli 1884 erschienen und erst 10 Jahre später ist der Beginn des Jahrganges aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Beginn des Kalenderjahres verlegt worden —, noch in der Januarnummer dieses Jahres, in welcher sein fünfundzwanzigster Band begann, mit einem Wort des Abschnittes gedacht, den ein vierteljahrhundertlanges Be-

*) Die von mir seit langer Zeit übernommene Verpflichtung, einen einleitenden Vortrag bei Gelegenheit des diesjährigen internationalen Congresses zu Budapest zu halten, werde ich selbstverständlich noch erfüllen.

stehen in dem Leben eines Blattes bedeutet, und hatte, wie schon erwähnt, beabsichtigt, alles, was ich hierüber vorzubringen habe, bei Gelegenheit des Abschlusses des Jubiläumsbandes zu sagen.

Aber der Mensch denkt, die Freunde und Collegen lenken! — Sie haben den Beginn des 25. Bandes des Centralblatts nicht vorübergehen lassen wollen, ohne diesem Blatte und seinem Begründer und Leiter in wahrhaft einziger Weise ihre Anerkennung seiner Bestrebungen kundzugeben, und sie haben mich dadurch zu einer Aenderung meiner bescheidenen Pläne gezwungen. Denn ich kann weder den Ausdruck meines innigen Dankes auf den Tag verschieben, an dem ich ursprünglich Abschied zu nehmen dachte, noch heute einfach danken, ohne meines unwiderruflichen Entschlusses Erwähnung zu thun, dass ich — entgegen den freundlichen, mir bei dieser Gelegenheit von allen Seiten ausgedrückten Wünschen und Hoffnungen — am Schlusse des thatsächlichen vierteljahrhundertlangen Bestehens des Centralblatts, d. h. am 30. Juni dieses Jahres, von der Stellung des Herausgebers zurücktreten werde.

Unter diesen Umständen sei es mir vergönnt, heute nur persönlich zu sprechen und meinen Bericht über die wissenschaftliche und medicinisch-politische Thätigkeit des Centralblatts während der verflossenen 25 Jahre, wie ursprünglich beabsichtigt, in der letzten unter meiner Leitung erscheinenden Nummer, d. h. im Juni dieses Jahres zu bringen.

Ich beginne mit einer kurzen Schilderung der dem Centralblatt beim Beginne seines 25. Bandes dargebrachten internationalen Ehrung.

Nicht weniger als neunzehn laryngologische Gesellschaften haben mir bei dieser Gelegenheit ihre Glückwünsche dargebracht.

Die laryngologische Section der Royal Society of Medicine of London gratulirte in ihrer letzten Sitzung durch den Mund ihres Präsidenten.

Die Berliner laryngologische Gesellschaft, die laryngologische Section der Königlich Ungarischen Gesellschaft der Aerzte, die American Laryngological Association, die laryngologische Section der New York Academy of Medicin, die laryngologische Section der American Medical Association, die Chicago Laryngological und Otological Society, die American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology, die Oto-Rhino-Laryngologische Section der Schwedischen medicinischen Gesellschaft sandten herzliche Adressen, die beiden erstgenannten in wunderbarer künstlerischer Ausstattung.

Telegraphische Glückwünsche sandten: die Société Française de Laryngologie, die Société Parisienne de Laryngologie, der Verein Deutscher Laryngologen, die Gesellschaft Sächsich-Thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte, die Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, die Wiener laryngologische Gesellschaft, die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Dänische Oto-Laryngologische Gesellschaft, der St. Petersburger Oto-Laryngologische Verein und die Spanische Medicinisch-Chirurgische Academie, — letztere beide unter gleichzeitiger Verleihung ihrer Ehrenmitgliedschaft an den Herausgeber.

Ausserdem wurde derselbe davon benachrichtigt, dass die spanischen Collegen ihm eine künstlerisch ausgestattete Adresse und die Mitglieder der laryngologischen

Section der Londoner Royal Society of Medicine ein Album mit den Photographien sämmtlicher Mitglieder überreichen würden. — Erstere ist inzwischen eingetroffen. Sie besteht in einer herrlichen Nachbildung eines Portals der Alhambra in Gold auf Stahl, die eine überaus schmeichelhafte Widmung trägt, und in ihrem Inneren ein Album mit den Autographen sämmtlicher spanischer Laryngologen enthält.

Ferner lief eine grosse Anzahl privaten Zuschriften, Glückwünschen anderer Specialzeitschriften s. s. w. ein.

Eine ganz einzige Freude wurde mir durch die Liebesgabe der gegenwärtigen, einer Anzahl von früheren*) Mitarbeitern und des Verlegers des Centralblatts bereitet. Dieselben haben mir ein herrliches silbernes Kästchen, das aus der Meisterwerkstatt von Tiffany in New York stammt und eine getreue Wiedergabe eines gebundenen Bandes des Centralblatts darstellt, gestiftet. Auf seinem Deckel trägt dasselbe in erhabener Prägung, in genauer Nachahmung des Titels des Centralblatts, und mit Angabe der Namen aller Beitragenden, eine so herzliche Widmung und eine so überreiche Anerkennung meiner Bemühungen, dass ich nur mit Hans Sachs in den „Meistersingern" ausrufen kann:

„Euch macht Ihr's leicht, mir macht Ihr's schwer,
„Gebt Ihr mir Armen zuviel Ehr'!"

Wahrlich: mein Herz ist, während ich diese Zeilen schreibe und auf die vor mir liegenden Zeichen von gütiger Anerkennung und persönlicher Zuneigung blicke, so voll von Rührung und Dankbarkeit, dass ich nicht weiss, wie ich diesen Gefühlen Ausdruck geben soll, ohne in Ueberschwänglichkeit zu verfallen! — Ich kann nur sagen: Dank, innigsten, herzlichsten Dank allen, die dazu beigetragen haben, mir diesen Gedenktag und gleichzeitig den Vorabend meines Scheidens aus der activen Thätigkeit so schön, so erhebend zu gestalten! — Denn welcher Formen der Anerkennung ein Mann sich auch in seinem Leben zu erfreuen haben mag — nichts ist doch so werthvoll, als der Beifall seiner eigenen Fachgenossen, derjenigen, die das beste Urtheil über seine Leistungen haben! —

Aber während ich so spreche, fühle ich wie der Dirigent, der am Schlusse eines Tonstücks, während das Publikum ihm zujubelt, seine Hände nach seinen Orchestermitgliedern ausstreckt, als stummes Zeichen, dass der Applaus ihnen mindestens ebenso gebühre, wie ihm selbst! — Das gilt wahrlich für die ständigen Mitarbeiter des Centralblatts! — Was hätte ich mit allen meinen Ideen für die Errichtung eines internationalen Organs für die Interessen der Laryngologie erreichen können, wenn ich nicht vom ersten Augenblicke an und während der ganzen verflossenen fünfundzwanzig Jahre treue, ausdauernde, uneigennützige Mitarbeiter in aller Herren Ländern gefunden hätte, welche diese Ideen in die That umgesetzt haben und sie in stiller Arbeit noch heute fortsetzen? — Und wenn in der Adresse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft freundlich hervorgehoben wird, dass es nicht häufig sei, dass ein und derselbe Autor während fünf Lustren ein wissenschaftliches Blatt leite, so ist es sicherlich noch bemerkenswerther, dass von den zwölf Mitarbeitern, mit denen ich am 1. Juli 1884 das Werk des Centralblatts begann, noch heute, nach einem Vierteljahrhundert, nicht weniger als sechs: Bayer

*) B. Fränkel, Landgraf, Lunin, E. Meyer, R. Semon.

(Brüssel), O. Chiari (Wien), G. Jonquière (Bern), G. M. Lefferts (New York), E. J. Moure (Bordeaux), E. Schmiegelow (Kopenhagen), mir in treuer Genossenschaft zur Seite stehen! — Was das besagen will, welche aufopfernde Tätigkeit da von vielbeschäftigten Männern während dieser langen Zeit unentgeltlich und nur von dem Wunsche beseelt, die literarische Arbeit ihrer Collegen zu erleichtern, geleistet worden ist, erhellt aus der einzigen Thatsache, dass mein lieber alter Freund und amerikanischer Mitarbeiter, George Lefferts, seit der Gründung des Blattes zu seinem Inhalt nach geringster Schätzung **über 7000 Referate** beigesteuert hat! —

Die mir gespendete gütige Anerkennung gebührt in gleichem Maasse diesen Getreuen, ebenso wie den später hinzugetretenen Mitarbeitern, von denen ich unseren Viceredacteur, Dr. Georg Finder namhaft machen muss, der seit vielen Jahren die auf ihn entfallende riesige Arbeit: sämmtliche Uebersetzungen zu besorgen und das Blatt allmonatlich für den Druck herzustellen, in geradezu mustergültiger Weise geleistet hat. Aber auch denjenigen unserer früheren Mitarbeiter, die durch Zunahme anderweitiger Verpflichtungen gezwungen waren, aus ihrer Thätigkeit für das Centralblatt auszuscheiden, sei bei dieser Gelegenheit wärmster Dank dargebracht. Und ich hoffe, man wird es verstehen, wenn ich persönlich meinen lieben Mitarbeitern, Dr. Emil Mayer (New York), auf dessen Initiative, wie ich höre, die mir soeben zu Theil gewordene internationale Auszeichnung zurückzuführen ist, sowie Prof. Rosenberg (Berlin), der ihm hierin treu zur Seite gestanden hat, und dem die sinnige Form der Liebesgabe der Mitarbeiter ihren Ursprung verdankt, hier auch öffentlich herzlichst zu danken wünsche.

Frage ich mich nun, ob das Blatt in den 25 Jahren seines Bestehens denn auch wirklich die aussergewöhnliche Anerkennung verdient hat, die ihm soeben erzeigt worden ist, so bin ich mir klar darüber, dass es nicht möglich gewesen ist, alle die Ideale zu verwirklichen, die mir bei seiner Gründung vorschwebten.

Vier Punkte waren es, die meiner Absicht nach dem Unternehmen einen ganz besonderen Stempel aufdrücken sollten: es wollte „schnell, zuverlässig und übersichtlich alles“ melden, was im jeweiligen Augenblicke in unserer Specialität vor sich gehe. (Vgl. den Prospect des Blattes, Vol. I, No. 1, S. 2, 1884.)

Bezüglich des ersten und letzten dieser Punkte haben sich beim besten Willen meine Versprechungen nicht völlig einhalten lassen.

Was die Schnelligkeit der Berichterstattung anbetrifft, so habe ich vor 15 Jahren in dem Artikel, welcher dem zehnjährigen Bestehen des Centralblatts gewidmet war (Vol. X, 1894, S. 598), die Gründe auseinandergesetzt, welche es uns schon damals unmöglich machten, dem Ideal einer schnellen Berichterstattung nachzukommen, und brauche daher heute nur auf die damaligen Ausführungen zu verweisen. Die bezüglichen Schwierigkeiten haben sich seit jener Zeit in Folge der immer mehr zunehmenden Zersplitterung der laryngo-rhinologischen Arbeiten noch beträchtlich gehäuft und scheinen bei einem Blatte, das sich möglichster Vollständigkeit in seinen Referaten zu befleissigen sucht, — vorläufig wenigstens — unüberwindlich.

Aber auch diese Vollständigkeit ist keine absolute geworden, und zwar einerseits wiederum in Folge der zunehmenden Zersplitterung, die eine vollständige Controlle seitens des Herausgebers immer mehr erschwert und thatsächlich unmöglich macht, andererseits aus den Gründen, welche in dem oben citirten Leitartikel namhaft gemacht worden sind (l. c. S. 597). Immerhin glaube ich sagen zu dürfen, dass wir das Erreichbare nahezu erreicht haben. Wenn das Centralblatt seinen 25. Band abschliesst, so werden in ihm zwischen 45000 und 50000 laryngologische und rhinologische Arbeiten aus den Jahren 1884—1909 referirt worden sein. — Ohne ruhmredig zu sein, glaube ich sagen zu können, dass es wenige referirende Journale in der medicinischen Literatur geben dürfte, welche eine gleiche Vollständigkeit in dem von ihnen bebauten Gebiet erreicht haben.

Was endlich die Uebersichtlichkeit und Zuverlässigkeit unserer Berichte anbetrifft, so sind in diesen Beziehungen, denke ich, alle Versprechungen des Prospectes eingelöst worden. Gegen die Anlage des Blattes hat sich niemals Einspruch erhoben, und die Zuverlässigkeit und Objectivität unserer Referate und Kritiken ist eine solche gewesen, dass ich bei dieser Gelegenheit mit Freude und Stolz die Thatsache constatiren kann, dass seit vielen Jahren kaum je eine bezügliche Reclamation an mich gelangt ist. In den ganz vereinzelten Fällen dieser Art handelte es sich fast ausnahmslos um unbeabsichtigte Uebersehen oder in gutem Glauben begangene kleine Irrthümer; bittere Polemiken zwischen Recensenten und Autoren sind seit langen Jahren glücklicherweise ganz aus unseren Spalten verschwunden.

Was aber das Schönste ist und mich persönlich am allermeisten freut, ist, dass meine Absicht erreicht worden ist, das Centralblatt zu einem wirklich internationalen Organ zu machen! — Dass mir dies thatsächlich gelungen ist, darüber lässt die mir soeben dargebrachte herzerfreuende Ehrung keinen Zweifel in meinem Geiste. Wenn sich die grosse Mehrzahl der repräsentativen laryngologischen Gesellschaften der Welt zu dem sicherlich sehr ungewöhnlichen, wenn nicht einzigen Schritte entschliesst, den Herausgeber eines Specialjournals nicht nur zum 25jährigen Bestehen seines Blattes zu beglückwünschen, sondern ihm in den meisten ihrer Adressen, Briefe und Telegramme direkt zu sagen, dass dieses Blatt die Interessen unserer Specialität beträchtlich gefördert, die literarische Arbeitslast der Angehörigen dieser Gesellschaften beträchtlich erleichtert habe, — so ist mir dies der schönste Beweis, dass, wenn auch das Centralblatt in einer einzelnen, der deutschen, Sprache erscheint, die Laryngologen anderer Länder und anderer Sprachkreise erkannt haben, dass es niemals den Interessen eines einzelnen Landes, einer einzelnen Sprache, einer einzelnen Schule gewidmet gewesen ist, sondern sich bemüht hat, der ganzen Laryngologie zu dienen! — In diesem Sinne kann ich gar nicht sagen, wie sehr mich die Anerkennungen aus Frankreich, England, Amerika, Russland, Spanien, Ungarn, Holland, Dänemark, Schweden erfreut haben! —

Hätte irgend etwas mich bewegen können, meine seit lange gehegte Absicht, mich beim Abschlusse des 25. Bandes des Centralblatts aus der Praxis zurückzuziehen, zu verschieben — wahrlich diese grossartige internationale Ehrung wäre

es gewesen! — Aber selbst sie vermag nicht, die verschiedenen Gründe, welche mich zu meinem Entschlusse bewogen haben, umzustossen. Und hieraus ergiebt sich die logische Nothwendigkeit, von der Redaction des Centralblattes zurückzutreten. Denn der Herausgeber eines solchen Blattes muss mit beiden Füssen in der Arena stehen, nicht die Entwicklung der Dinge von dem conservativen Standpunkte eines alten Generals a. D. betrachten! —

Ich habe die Genugthuung zu wissen — und dies macht mir das Scheiden etwas leichter —, dass das Centralblatt auch weiterhin in dem Sinne geleitet werden wird, in welchem ich seinen Geschicken 25 Jahre lang vorgestanden habe, und welcher soeben das Glück gehabt hat, in so ausnahmsweiser Form von den Fachgenossen der meisten Culturländer gebilligt zu werden.

Im Einverständniss mit dem Verleger, meinem lieben Freunde, Herrn Albert Aber, dessen gutes Einvernehmen mit mir während des 25jährigen Bestehens des Centralblattes niemals einen Augenblick getrübt gewesen ist, habe ich unseren langjährigen Viceredacteur, Herrn Collegen G. Finder (Berlin) aufgefordert, mein Nachfolger zu werden, und er ist auf meinen Wunsch eingegangen. Ich habe Herrn Finder gewählt, nicht nur weil er mit dem Geschäftsgang des Centralblatts vertraut ist, wie kein Anderer, und weil seine ungewöhnlichen Sprachkenntnisse ihn dazu befähigen, leicht mit den Angehörigen anderer Sprachkreise zu verkehren, was für das Centralblatt eine wichtige Sache ist, und nicht nur weil ich aus eigener Erfahrung seine Tüchtigkeit, seinen Fleiss, seine Liebenswürdigkeit und seine Regelmässigkeit im Einhalten seiner Verpflichtungen kenne, sondern vor allen Dingen, weil ich überzeugt bin, dass er das Centralblatt in dem Sinne weiter leiten wird, dass es nach wie vor die Sammelstelle aller Beiträge zu unserer Fachliteratur bleibt, dass Referate und Kritiken auch weiterhin von den Berufensten und Objectivsten unter unseren Fachgenossen geliefert werden, dass das Blatt keinem Lande und keiner Partei, sondern den Interessen der ganzen Laryngologie dient, und dass es die Selbstständigkeit unserer Specialität in alter Weise weiter verficht! —

Ich bitte die Fachgenossen aller Länder, die mir soeben ihr Vertrauen in so rührender Weise kundgegeben haben, und meine lieben Mitarbeiter, meinem Nachfolger seiner Zeit mit Vertrauen entgegenzukommen und ihm seine Aufgabe nach jeder Richtung hin zu erleichtern. Ich selbst werde ihm gern, soweit er es wünscht, mit Rath und That zur Seite stehen und verzichte auch nicht darauf, gelegentlich selbst das Wort zu ergreifen, wenn wissenschaftliche oder medicinisch-politische Fragen es mir wünschenswerth machen sollten, dies zu thun.

Allen Denjenigen, die mir den Gedenktag des Beginnes unseres 25. Bandes zu einem unvergesslichen gemacht haben, noch einmal innigsten, herzlichsten Dank!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Koch** (Schöneberg). **Jahresbericht des Sanatoriums Schömberg für 1907.** *Württemb. Med. Correspondenzblatt. 1908.*

Im Jahre 1907 betrug die Zahl der behandelten Kranken 397 (233 männliche und 164 weibliche). Tuberculöse Erkrankungen des Kehlkopfes wurden bei 59 Kranken (14,7 pCt.) behandelt, ausserdem kamen noch 7 Internus- und 2 Posticuslähmungen, eine postdiphtheritische und eine hysterische Stimmbandlähmung zur Beobachtung.

SEIFERT.

2) **Fallas. Statistischer Bericht des otolaryngologischen Dienstes im St. Johanneshospital in Brüssel. (Relevé statistique du service d'oterhinolaryngologie de l'hôpital St. Jean de Brüssel. Dienst von Dr. V. Delsaux.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 3. 1908.*

Im Jahre 1907 besuchten 19632 Kranke, davon 2602 neue, die Klinik. Im Ganzen wurden 983 Operationen, grosse und kleine, vorgenommen, bald unter Cocain, bald unter Bromäthyl, bald unter Chloroform. Auf die letztere kommen 25 fürs Ohr, die Schädelsinus und das Gehirn; 10 auf die Nase, die Nasennebenhöhlen und den Nasopharynx; 4 auf den Larynx, 3 auf den Mund und 6 auf verschiedene Organe.

PARMENTIER.

3) **E. J. Moure** und **A. Bouger fils. Neuro-congestive Störungen in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Des troubles neuro-congestifs en oto-rhino-laryngologie.)** *Rev. hebdomad. de laryngologie. No. 24. 13. Juni 1908.*

Unter obigem Titel verstehen Verf. eine besondere Reflexsensibilität, die zu vasomotorischen Erscheinungen führen kann; sie fassen diesen Zustand auf als eine constitutionelle Disposition des Gewebes, die nach ihnen von einer Diathese herrührt. Sie theilen diese neuro-congestiven Störungen in zwei Categorien: die einen gehen ohne trophische Störungen einher, die anderen sind von solchen begleitet. Verf. besprechen die einzelnen hierher gehörigen Affectionen und geben für sie die geeignete Therapie an.

BRINDEL.

4) **Onodi. Beziehung zwischen Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraums und denen des Auges. (Connection between diseases of the nose and nasopharynx and those of the eye.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

O. bespricht in dieser ausführlichen Arbeit alle die krankhaften Erscheinungen am Auge, die in Folge von Nebenhöhlenaffectionen auftreten können. LEFFERTS.

5) **Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopf- und Rachensymptome bei den Erkrankungen des Herzens und der grossen Gefässe.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Nach seinen Erfahrungen kommt B. zu dem Resultat, dass von den objectiven und subjectiven Kehlkopferscheinungen auf eine bestimmte Erkrankung des Herzens oder der grossen Gefässe ein Schluss nicht gezogen werden kann. Als häufigste Veränderungen im Rachen bei Affectionen des Herzens und der grossen

Gefässe führt er an Anämie der Schleimhaut, Pharyngitis sicca (mit Neigung zu Blutungen). Die Hyperämie des harten Gaumens kommt wie die Hypertrophie der Trachea bei Herzkrankheiten häufiger vor. SEIFERT.

6) **R. C. Young. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. betrachtet die Mundathmung speciell in ihren Beziehungen zu Deformationen der Kiefer. LEFFERTS.

7) **Wm. G. Harrison. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

8) **D. S. Dougthery. Mundathmung und deren schädliche Wirkungen. (Mouth-breathing with reference to its deleterious effects.)** *Pediatrics. December 1907.*

Verf. erkennt an, dass man die fehlerhafte Athmung wegen ihrer schädlichen Wirkungen nicht früh genug bekämpfen könne, wendet sich jedoch auf Grund von 100 genau beobachteten Fällen gegen die Anschauungen extremer Theoretiker, wonach es scheinen könne, als ob man in moralischer und intellectueller Hinsicht die Kinder durch die blosse Anwendung des Adenotoms bessern könne.

EMIL MAYER.

9) **G. E. Vaughan. Schnarchen, Mundathmen. (Snoring; mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Die Rhinitis hyperplastica wird als Ursache der Mundathmung bei Kindern gegenüber den adenoiden Vegetationen und der Gaumenmandelhyperplasie oft vernachlässigt. Verf. glaubt, dass alle drei Zustände auf eine Grundursache zurückzuführen seien, ohne von einander abhängig zu sein. Man solle nach Entfernung der Tonsillen und Adenoiden auch darauf achten, ob die Mundathmung wirklich verschwinde. LEFFERTS.

10) **Vittorio Grazzi. Die Behandlung einiger Affectionen der oberen Luftwege mit den Wässern von Puzzola (Porretta). (La cura di alcune affezioni delle prime vie respiratorie colle acque della Puzzola [Porretta].)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Juni 1907.*

Verf. hat von dem Gebrauch des Schwefelwassers von Porretta, das er in dem daselbst befindlichen rhinolaryngiatrischen Cabinet in Form von Inhalationen oder Sprays gebrauchen lässt, bei chronischen Katarrhen und Chorditis nodosa, wie sie besonders bei Sängern, Rednern etc. sich häufig finden, bei Erschlaffung der Stimmbänder, chronischen Rhinitiden etc. sehr gute Erfolge gesehen, die günstige Wirkung auch an sich selbst zu erproben Gelegenheit gehabt. FINDER.

11) **Decréquy. Ueber einige Anwendungsweisen der Elektricität in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sur quelques applications de l'électricité à l'oto-rhino-laryngologie.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. I. Januar 1908.*

Verf. berichtet über die Versuche, die er mit der Elektricität nach dem Bei-

spiel von Tommasi und Dionisio bei Ozaena, ebenso bei chronischer hyperplasirender Pharyngitis, bei Heuschnupfen und bei Larynxtuberculose gemacht hat.

BRINDEL.

12) **G. Gradenigo. Ueber die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen und des Radiums bei Affectionen der oberen Luftwege. (Sull'azione terapeutica dei raggi Roentgen e del radium nelle affezzioni delle prime vie aeree.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1908.*

Verf. bespricht zuerst die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen und zwar 1. bei äusseren Erkrankungen der Nase und Lippen. Bei Ulcus rodens räth Verf. zur chirurgischen Operation und nachheriger Anwendung der Röntgenotherapie. Er empfiehlt diese bei Lupus vulgaris und erythematodes, Tuberculose der äusseren Nase, chronischem Eczem des Naseneingangs. 2. Von den Affectionen der inneren Nase, des Rachens und Kehlkopfs, bei denen Verf. die Anwendung der Röntgenstrahlen empfiehlt, seien genannt: Rhinosklerom, Leukoplakia buccalis. Während bei den Sarkomen und Carcinomen der Nasenhöhle, der Zunge und der Lippen die Röntgenstrahlen sich als unwirksam erweisen und nur insofern einen gewissen günstigen Effect haben, als sie die Geschwüre zur Reinigung bringen, den Fötor herabsetzen und analgetisch wirken, haben sie eine ausgesprochen günstige Wirkung bei den malignen Lymphomen. Wenig ermuthigend sind die Erfolge bei Larynxtuberculose und Larynxcarcinom; bei letzterem hat die chirurgische Behandlung Platz zu greifen. Verf. bespricht dann noch die für die Anwendung der Röntgenstrahlen in den oberen Luftwegen angegebenen Apparate und spricht die Hoffnung aus, dass, wenn gewisse technische Schwierigkeiten überwunden sein werden, die Resultate, speciell auch bei malignen Tumoren bessere sein werden.

Auch das Radium entfaltet seine Wirkung besonders beim Ulcus rodens, bei Lupus, kleinen Angiomen und Warzen der Haut, weniger bei Lupus und Tuberculose des Naseninneren; Besserungen werden erreicht bei Ozaena und Rhinosklerom, keine günstige Wirkung wurde erzielt bei malignen Geschwülsten der Zunge und des Larynx, wogegen solche bei Oesophaguscarcinom berichtet werden.

FINDER.

13) **L. Réthi** (Wien). **Einiges über die Schwierigkeiten der laryngoskopischen Untersuchung bei Hyperästhesie der Rachengebilde.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Es giebt eine Reihe überempfindlicher Personen, bei denen das suggestive Vorgehen ebenso wenig wie die übliche Cocainisirung ein Laryngoskopiren ermöglicht. Bisweilen hilft da die von Fournié angegebene Cocainisirung der Regio glosso-epiglottica. Bei einzelnen Fällen indess befindet sich die reflexauslösende Stelle anderswo, nämlich „am Fusse des vorderen, zuweilen des hinteren Gaumenbogens, an der Uebergangsstelle in den seitlichen Zungenrand, bezw. in die hintere Rachenwand", deren hier befindliche sensible Nerven durch Vorstrecken der Zunge gezerrt werden. Eine Bepinselung dieser Gegend mit 10proc. Cocain hebt oft den Würgreflex auf und ermöglicht jeden intralaryngealen Eingriff, obwohl vorher

die Cocainisirung aller anderen Regionen erfolglos geblieben. „Auch da muss man mitunter, wie beim Cocainisiren überhaupt, längere Zeit hindurch zuwarten, bis sich die Anästhesie einstellt.“ HECHT.

14) **H. Tilley** (London). **Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mittels Brünings'scher Instrumente. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brünings' Instruments.)** *Lancet. London. II. p. 1359. 1908.*

Verf. erinnert an die Arbeit, die Killian auf diesem Gebiete geleistet hat und speciell an seine Demonstration vor der Brit. Medical Association, Meeting 1902. Er beschreibt dann detaillirt die Modificationen, die Brünings an dem Instrumentarium vorgenommen hat und weist an der Hand von Photographien und Zeichnungen die grosse Bedeutung der Methode nicht nur für Fälle von Fremdkörpern, sondern auch für sonstige krankhafte Zustände nach. JAMES DONELAN.

15) **Delore** und **Maire** (Lyon). **Ein Fall von Verletzung des Halses und Kehlkopfs mittels schneidenden Instruments. (Un cas de plaie du cou et du layrnx par instrument tranchant.)** *Lyon médical. 23. September 1908.*

Es handelt sich um einen Schnitt mit dem Rasirmesser, der eine weite Oeffnung in den Larynx setzte. Verff. begnügten sich damit, dass eine Naht durch die Membrana thyreoidea gelegt wurde, sorgten aber dafür, dass die Verbände steril waren und häufig erneuert wurden. Pat. genas, ohne dass bronchopneumonische Erscheinungen aufgetreten waren, das Eintreten solcher lasse sich leicht durch absolute Sterilität der Verbände vermeiden. Verf. führt vier in gleicher Weise glücklich verlaufene Fälle an. GONTIER de la ROCHE.

16) **Morestin** (Paris). **Suprahyoidale Wunde. Durchschneidung der Zungenbasis, breite Eröffnung des Pharynx; persistirende Haut-Rachenfistel. Operation. Heilung. (Plaie sus-hyoidienne; section de la base de la langue et large ouverture du pharynx; orifice pharyngo-cutané persistant; opération reparatoire; guérison.)** *Bulletin de la société de chirurgie. 12. Mai 1908.*

Es ist in solchen Fällen besser, nicht gleich zu operiren, wie es bei tiefer gelegenen Wunden indicirt ist. Das Resultat im vorliegenden Falle war ausgezeichnet. GONTIER de la ROCHE.

17) **Schoeffer. Physiologie der Thymusdrüse. (Physiologie du thymus.)** *Progrès médical. No. 39. 26. September 1908.*

Die Thymusdrüse ist nicht nur ein Organ für Leukocytenbildung; es scheint auch ein enger Zusammenhang zu bestehen zwischen ihrer Involution und der Entwicklung der Geschlechtsorgane. Sie persistirt länger bei kastrirten Thieren.

GONTIER de la ROCHE.

18) **T. Schwinn. Asthma thymicum. (Thymic asthma.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen mittels Operation geheilten Fall von Asthma thymicum. Er ist der Ansicht, dass der Thymusdrüse gegenüber dieselben Indicationen zur Operation Geltung haben, wie bei der Schilddrüse; ebenso wie von dieser solle

man auch von jener ein Stück bei der Operation zurücklassen. Hyperplasie der Thymusdrüse sei eine häufigere Ursache plötzlicher Todesfälle als man gemeinhin glaube. Das beste diagnostische Hülfsmittel ist das Radiogramm, die beste Behandlung besteht in der Operation. Verf. stellt in Kürze 6 aus der Literatur gesammelte Fälle von operativ behandelter Thymushyperplasie zusammen und berichtet über einen eigenen Fall, in dem gleichzeitig der hyperplasirte linke Schilddrüsenlappen entfernt wurde. Die Resultate waren in allen Fällen gut.

LEFFERTS.

19) Thomas J. Harris. **Ein Fall von branchiogener Cyste. (A case of branchiogenetic cyst.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht eines seltenen Falles, der sonst in klinischer Beziehung nichts Neues bietet.

EMIL MAYER.

20) Carlton P. Flint. **Sinus der ersten Kiemenspalte. (Sinus of first branchial cleft.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Gewöhnlich gehen diese Bildungen vom ersten Kiemengang aus. In vorliegendem secundären Fall war Schilddrüsengewebe vorhanden und die Höhle lag hinter und unter der oberen Portion des Sternocleidomastoideus.

EMIL MAYER.

21) J. Duvergey. **Einige Betrachtungen über einen Fall von Dermoidcyste. (Quelques considérations sur un cas de kyste dermoide.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 17. September 1907.*

Es handelte sich um eine Cyste, die gleichzeitig subhyoidal und sublingual war. Die innere Auskleidung war hier dermischer Natur und zeigte Papillen.

BRINDEL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) O. Polimanti. **Beitrag zur Physiologie der Rhinencephalen. (Contribution à la physiologie du rhinéncephale.)** *Journ. de physiol. et de pathol générale. T. X. p. 634.*

Die theilweise oder ganze Exstirpation des Riechlappens erzeugt nur für kurze Zeit, höchstens einen Monat, den Verlust des Geruches.

J. KATZENSTEIN.

23) W. Kolmer. **Zur Kenntniss der Riechepithelien.** *Anat. Anzeiger. Bd. 30. S. 513.*

Verf. studirte die Riechepithelien von Knochenfischen mittels der Cajal'schen Silberimprägnationsmethode. Die Riechnervenfasern biegen in der Submucosa rechtwinklig um, geben dann ins Epithel und haben im Bindegewebe reichliche Plexusbildung. Im basalen Theil der Zellen trennen sich die Fasern und umziehen den Kern in Fibrillenzügen. In der Nähe des Kerns ist stets ein dicker Ring aus sehr feinen, dicht aneinandergelagerten Fibrillen zu bemerken, der gewöhnlich mit den Riechnervenfasern zusammenhängt.

J. KATZENSTEIN.

24) H. Zwaardemaker. **Ueber die Absorption vom Muscongeruch auf Oberflächen von verschiedenem Material. (On the adsorption of the smell of muscon by surfaces of different material.)** *Onderzoekingen in het physiol. labor. Utrecht. 5. Reihe. VIII.*

25) H. Zwaardemaker. **Ueber die Qualitäten des Geruchsinnes.** *Ibid.*

26) J. van der Hoeven Leonhard. **Ueber ein abweichendes Geruchssystem.** *Ibidem.*

27) H. Zwaardemaker. **Ueber Geruchsverwandtschaften. (Over geurverwantschappen.)** *Verh. Kon. Arch. v. Wetensch. Amst. 1907.*

Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie des Geruches.

H. BURGER.

28) **Plass** (Hamburg). **Bulbärsymptome und Anosmie bei Syringomyelie.** *Diss. Würzburg 1907.*

Bei einem 41 jähr. Manne mit den übrigen Erscheinungen der Syringomyelie wurde eine hemilaterale Anästhesie des Trigeminus, verbunden mit vollkommener Hemiageusie und Hemianosmie constatirt.

SEIFERT.

29) **Thomas J. Harris. Ein Fall von Hyperosmie. (A case of Hyperosmia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. diagnosticirte eine Anosmie als secundäre Erscheinung nach Störungen im Gastrointestinaltract. Unter localer Anwendung von 25 proc. Argyrollösung, combinirt mit dem Gebrauch des galvanischen Stromes trat eine Besserung des Zustandes ein.

EMIL MAYER.

30) **Harry Kahn. Subjective Geruchsempfindungen und deren Bedeutung. (Subjective sensations of smell and their significance.)** *Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. April 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Parosmie in allen Fällen auf einen bestimmten pathologischen Zustand und zwar in einer grossen Anzahl auf Nebenhöhleneiterung zurückzuführen sei; meist handele es sich um Highmorshöhlenempyem.

EMIL MAYER.

31) **Kobrak** (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Mittheilung von zwei Fällen, in welchen es sich um rein nervöse migränoide Form der Kakosmie handelte. K. stellt sich solche Parosmien vor mitbedingt durch Gefässkrämpfe im Riechcentrum. Beide Personen litten an ausgesprochener Gefässneurose. Therapie besteht im Wesentlichen in psychischer Beeinflussung.

SEIFERT.

32) **Lennhoff** (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Bei Klagen über Kakosmie soll erst festgestellt werden, ob es sich um subjective oder objective Kakosmie handelt, und wenn die erstere Form diagnosticirt ist, möge man den Grad des Riechvermögens untersuchen, um Hyperosmie auszuschliessen. Liegt solche vor, dürfte es sich um allgemeine Nervosität handeln, die mit Nervinis behandelt werden muss. Anderenfalls wird nach der Quelle der sub-

jectiven Kakosmie zu fahnden sein, Nebenhöhlenerkrankungen, Veränderungen im Schlundring genau berücksichtigt werden müssen.

SEIFERT.

33) **Grossmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von den reflectorischen vasomotorischen Störungen nasalen Ursprungs.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach seinen Versuchsergebnissen fand G. die Angaben François Franck's, dass sich der Arteriendruck in einzelnen Gefässbezirken auf Nasenreizung verschieden verhalte, nicht bestätigt: er constatirte vielmehr, dass bei Nasenreizung der arterielle Druck constant und ausnahmslos in allen Gefässverzweigungen steigt.

HANSZEL.

34) **v. Lenárt. Ueber Kopfschmerzen nasalen Ursprungs.** *„Gégészet", Beiheft zu Budapesti Orvosi Ujság. No. 14. 1908.*

Uebersicht über die bekannten Thatsachen zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

v. NAVRATIL.

35) **S. von Stein. Fall von langsamer Athmung nasalen Ursprungs. (Slutschai medlenawo dichamja nesowowo proischochdenija.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1907.*

Die 11jährige Patientin athmet in der Minute etwa 5 Mal. Während einer Erregung tritt zunächst Beschleunigung und hernach vollständiges Cessiren der Athmung ein. Nach Beseitigung der Muschelhypertrophien völlige Heilung.

P. HELLAT.

36) **Réthi** (Wien). **Etwas über nasale Reflexneurosen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Reine nasale Reflexneurosen sind selten. Am häufigsten werden Neuralgien, Asthma und Reflexhusten beobachtet. Auch normal aussehende Schleimhautpartien können reflektorisch Erscheinungen auslösen und durch oberflächliche Aetzungen dieser Stellen ist man im Stande, mitunter die Hyper- oder Parästhesien zu beheben.

HANSZEL.

37) **Wme. N. Robertson** (Bristol.) **Behandlung des Asthma. (Treatment of asthma.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Mai 1908.*

In einer Discussion über dieses Thema betont R., dass Beseitigungen von Septumverbiegungen oft einen grossen Erfolg haben.

Gibson glaubt nicht, dass eine „nasale Neurose" jemals in einer gesunden Nase die Ursache des Asthmas darstelle. Er behauptet, niemals Asthma mit einer normalen Nase gesehen zu haben.

A. J. BRADY.

38) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre. (A szénaláz az immunitástan világitásában.)** *Budapesti orvosi ujság. 1908. Beilage Közegészégtani stb. szemle. No. 2.*

Dunbar's Ansichten und die Anwendung des Pollantin werden auf theoretischer Grundlage vertheidigt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **Berliner** (Breslau). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 13. 1906.*

Verf. konnte in mehreren Fällen, auch solchen, bei denen das Dunbar'sche Pollantin versagt hatte, durch Application des constanten Stromes (5 Milliampères) auf die Nasenschleimhaut die Heufiebersymptome beseitigen oder wesentlich vermindern. Er empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung. ZARNIKO.

40) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Heufiebertherapie. (Hooikoorts-therapie.)** *Med. Weekbl. 8. Juni 1907.*

Ueberblick über den jetzigen Stand der Heufieberbehandlung. H. BURGER.

41) **Heymann** (Berlin). **Zur Lehre vom Heufieber.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1907.*

Der Autor untersuchte 120 Fälle von Heufieber. In keinem Fall liessen sich in der Nase besondere Veränderungen nachweisen, die als charakteristisch für Heufieber gelten könnten. Dagegen scheinen die Beschwerden bei engen Nasen stärker zu sein. Eingriffe, die bei engen Nasen die Durchgängigkeit erhöhen, mildern die Heufiebererscheinungen. Die Operationen sollen aber nur in der heufieberfreien Zeit vorgenommen werden.

Verf. rät zu einem Versuch mit Schilddrüsenpräparaten, da er bei 19 Fällen der Anwendung positive Resultate, bestehend in Besserung resp. milderem Auftreten des Heufiebers, gesehen hat. ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Weichardt** (Erlangen). **Zur Heufieberfrage.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1907.*

Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Es war Pflicht der experimentell therapeutischen Forschung, hervorzuheben, dass die Heufiebersera nicht rein antitoxisch sind, wie z. B. das Diphtherieheilserum.

2. Bei completirenden Fällen ist das durch Injection von Pollen gewonnene Heufieberserum contraindicirt.

3. Je mehr letzteres Serum in Zukunft gebraucht werden sollte, um so gehäufter dürften Patienten zur Beobachtung kommen, die im Anfang durch dieses Serum günstig beeinflusst werden, später aber dasselbe completiren.

4. Heufieberserum, aus dem Blute unvorbehandelter Pflanzenfresser gewonnen, completirt nicht.

5. Es ist Pflicht aller derjenigen, denen die Klärung der Heufieberfrage obliegt, das Vorkommen der completirenden Fälle zu berücksichtigen und sie in der Statistik mit einzureihen. ALBANUS (ZARNIKO).

43) **E. S. Yonge** (Manchester). **Die Behandlung von hartnäckigem Heufieber mit Schnupfenparoxysmen durch Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay-fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. London 1908. Vol. I. p. 1608.*

Eine interessante vorläufige Mittheilung über diese neue Methode, die auf der Theorie beruht, dass der Nasennerv den Zuleitungsweg nicht nur für den Niess-

reflex, sondern auch für die anderen normalen Reflexe darstellt. Verf. bespricht die Vertheilung und die Function der Nerven, die Wirkungen der Cauterisation der Nasenschleimhaut und diejenigen der beiderseitigen Durchtrennung des Nerven. Was die letztere anbetrifft, so constatirt Verf., dass, wo er die beiderseitige Operation vorgenommen hat, „die Symptome vollständig und bis heute andauernd verschwunden sind". In seinem ersten Fall hatte Verf. nur den rechtsseitigen Nerven durchschnitten und die Symptome — intermittirende Nasenverstopfung und profuse Hypersecretion mit Heufieber und Asthma — verschwanden nur auf dieser Seite, bestanden aber auf der anderen Seite fort, bis die Resection auch des linken Nerven völlige Heilung brachte. Die Incision geht vorn grade oberhalb des inneren Augenmuskels nach oben und aussen längs des inneren Orbitalrandes ungefähr 17 mm lang. Das Gewebe wird mit einem stumpfen Raspatorium bei Seite geschoben und der Nerv im Foramen ethmoidale anterius freigelegt.

JAMES DONELAN.

44) **James E. Newcomb. Hämatom des Septums und Abscess. (Septal hematoma and abscess.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Bei einfachem Hämatom können kalte Umschläge auf die Nase gemacht werden; erscheint der Inhalt flüssig, so kann durch Druck mittels Röhren oder Tampons eine Resorption angestrebt werden. Seröse Cysten sollen eröffnet und ausgekratzt werden. Bei Abscessbildung wird, je früher und ausgiebiger incidirt wird, um so weniger leicht Zerstörung des Knorpels und Deformation eintreten. Bisweilen ist die Drainage sehr schwierig. Die Abscesshöhle soll fleissig mit Wasserstoffsuperoxydlösung ausgewaschen und dann mit einem alkalischen Antisepticum nachgespült, aber nicht tamponirt werden. LEFFERTS.

45) **M. C. Richardson** (Washington). **Perforation der Nasenscheidewand. (Perforation de la cloison nasale.)** *Arch. internat. de larynyol. No. 4. 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die einfache Septumperforation oft die Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung ist, wie sie z. B. durch Typhus, besonders aber durch Tuberculose bedingt sein kann. BRINDEL.

46) **Burton Haseltine. Eine plastische Operation zum Verschluss der Septumperforationen. (A plastic operation for the closure of septal perforations.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Genaue Beschreibung der Operation, in Bezug auf deren Details auf das Original verwiesen werden muss. EMIL MAYER.

47) **P. J. Mink** (Deventer, Holland). **Zum Entstehungsmodus der Septumdeviationen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 315. 1907.*

Verf. bespricht die herrschenden Theorien über die Entstehung der Septumdeviationen und kommt zu dem Resultate, dass keine der vorhandenen Hypothesen eine befriedigende und für alle Fälle ausreichende genannt werden kann. Mit der vorliegenden Arbeit sucht er zur Erzeugung experimenteller Deviationen anzuregen. Auf diesem Wege ist Ziem bereits vorangegangen, indem er bei jungen Thieren ein Nasenloch vernähte. Ziem hat dabei Asymmetrien im Skelett der Nase entstehen

sehen; aber das genügt noch nicht, Schritt für Schritt müsse man histologisch die Veränderungen anzuzeigen suchen, wie sie durch dieses Experiment hervorgebracht werden. — Verf. hält ferner manometrische Untersuchungen im Naseninnern auch für die Pathologie der Nase für eine dankbare Aufgabe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **Rueda** (Madrid). **Submucöse Resection der Scheidewand. (Reseccion submucosa del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I. u. II.*

Verf. lässt folgende Indicationen für die Operation zu: 1. Wenn die Deviation eine Stenose bedingt, durch die es zu einer anormalen Function der Athmung kommt. 2. Wenn man mittels der Operation eine bestehende äussere Deformität der Nase glaubt beseitigen zu können. Für alle anderen Fälle verwirft Verf. die Operation.

TAPIA.

49) **Lee Maidment Hurd. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. Einige Bemerkungen auf Grund von 75 Fällen. (The submucous resection of the nasal septum. Some remarks based on seventy-five cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Es wurden dreimal Perforationen gemacht, ohne dass diese übrigens den Patienten die geringsten Beschwerden machten. Bei einem 14jährigen Mädchen verschwand ein Morbus Basedowii nach der submucösen Resection. Bei einer 34jährigen Frau, die atrophische Rhinitis mit Bildung von Borken auf der concaven Seite zeigte, verschwand dieser Zustand.

EMIL MAYER.

50) **Gustav Killian. Submucöse perineurale Injectionen anästhesirender Lösungen in die Nase. (Submucous perineural injections of anesthetics solutions in the nose.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Die Angaben über die perineuralen Injectionen zur submucösen Resection decken sich mit den vom Verf. in einer in deutscher Sprache erschienenen Arbeit des Verf. (Beitr. zur Anatomie etc. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfs. Bd. I. S. 183. 1908. Refr. Centralbl. Bd. XXIV. S. 401).

Für Operationen an der unteren Muschel empfiehlt Verf. mehr das Bepinseln mit der Lösung, erstens weil das hintere Ende schwer zu erreichen ist und zweitens weil toxische Erscheinungen leicht auftreten können, auch wenn nur wenige Tropfen der Lösung in die untere Muschel eingespritzt werden. Pulsfrequenz, Steigerung des Blutdrucks und in einigen Fällen secundäre Blutungen wurden danach beobachtet.

Die Schleimhaut der Oberkieferhöhle hat K. anästhesiren können durch submucöse Injectionen im Bereich des mittleren Nasenganges. Die Vornahme der Radicaloperation des Oberkieferhöhlenempyems ist dadurch erheblich erleichtert. Diese Methode ist, wenn man es mit verständigen Personen zu thun hat, der Allgemeinnarkose entschieden vorzuziehen.

EMIL MAYER.

51) **Bryan De Forst Sheedy. Deviationen und Deformationen der Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der auf submucöse Resectionen möglicherweise folgenden Resultate. (Deviations and deformities of the nasal septum with special reference to possible results following the submucous operation.)** *International Journal of Surgery. December 1907.*

In drei Fällen erfolgte nach der Operation Einsinken des Nasenrückens. In zwei dieser Fälle führt Verf. dies auf mangelhafte Technik zurück — sie waren nicht von ihm selbt operirt — im dritten von ihm selbst operirten Fall kann er keinen Grund für das Vorkommnis angeben. EMIL MAYER.

52) **Kretschmann** (Magdeburg). **Zur operativen Behandlung der Nasenscheidewanddeformitäten.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Ausführliche Besprechung des auf der Otologenversammlung in Heidelberg 1908 abgekürzten Vortrages. Nach eingehender Erörterung der einschlägigen Literatur über die oralen Methoden zur Freilegung und operativen Inangriffnahme des Cavum nasi beschreibt K. eingehend seine Methode und erörtert die Vorzüge der oralen Methode gegenüber der nasalen, sowie die nach seiner Meinung zweckmässigere Verwendung der Allgemeinnarkose bei diesen Eingriffen statt der localen oder regionären Anästhesie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

53) **Brünings** (Freiburg i. Br.). **„Orale" oder „nasale" Resection der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Polemik gegen Kretschmann, dessen orale Resectionsmethode als unzweckmässig und der nasalen bedeutend unterlegen bezeichnet wird. In 3 Abschnitten, die sich mit der Anästhesie, Operationstechnik und Nachbehandlung beschäftigen, weist B. die Vorzüge der Killian'schen submucösen Septumresection nach, und giebt noch einige technische Winke. Die Ausführungen des Autors ergeben, dass die von manchen Seiten gegen die Killian'sche Methode erhobenen Bedenken einer kritischen Beurteilung nicht Stand halten, dass aber die im Verlaufe der Kretschmann'schen oralen Methode auftretenden Nachtheile derartig seien, dass man vor dieser Methode warnen müsse. HECHT.

54) **Réthi. Nochmals zur Indicationsstellung der Nasenscheidewandoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 437. 1908.*

Wie bereits am 1. internat. laryng.-rhin. Congress in Wien 1908, so warnt R. auch hier wieder davor, die submucöse Resection unnütz bei nur unbedeutenden Septumdeviationen auszuführen. OPPIKOFER.

55) **M. Halle** (Berlin). **Die submucöse Septumoperation.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 315. 1908.*

H. hat im Verlauf der letzten 5 Jahre über 500 submucöse Operationen des Septums vorgenommen.

Wir möchten aus der Arbeit folgende Punkte hervorheben: H. zieht vor, das Cocain einzureiben und nicht zu injiciren; injicirt wird nur vorne an der Schnitt-

stelle. Den Schleimhautschnitt führt er in einer nach hinten concaven Linie. Bei Subluxatio septi nimmt H. nicht wie Hajek und seine Schüler den ganzen vorderen knorpeligen Theil des Septums weg, sondern hält es für vorsichtiger, eine kleine Knorpelbrücke als stützenden Pfeiler nach eigener Methode stehen zu lassen. Um bei ausgedehnten Resectionen das nach der Operation für den Patienten manchmal sehr lästige Flattern der Septumschleimhaut zu verhindern, wurden bei ca. 150 Fällen resecirte Knorpel- und Knochenstücke wieder zwischen die Schleimhautblätter eingelegt und regelmässig ein Einwachsen des Knorpels und Knochens beobachtet. Um die inplantirten Knorpel festzuhalten und um überhaupt eine raschere Heilung zu erzielen, ist das Anlegen der Schleimhautnaht empfehlenswerth. Ein gleichzeitiges Entfernen von Muschelhypertrophien ist häufig nothwendig. Die Tamponade mit in 15proc. Gelatinelösung getränkten Gazestreifen wird regelmässig ausgeführt und 3 Tage liegen gelassen.

Bei syphilitischem Septumulcus sucht H. eine Perforation dadurch zu vermeiden, dass er neben der allgemeinen Behandlung den gefährdeten Knorpel submucös resecirt (6 Fälle).

Diese letztere Indication zur Septumresection halten wir für nicht gerechtfertigt.

OPPIKOFER.

56) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von submucöser Resection des Septums beim Kinde. (Un cas de résection sous-muqueuse de la cloison chez l'enfant.)** *Société des sciences medicales de Lyon. Bullet. Lyon médical. 29. October 1908.*

Verf. hat die Operation bei kleinen Kindern, von denen eins nicht drei Jahre alt war, mit Erfolg ausgeführt. Er empfiehlt jedoch, von dem Knorpel nur den dritten Theil fortzunehmen und dann ein Drain, das von mit Vaseline bestrichener Gaze umhüllt ist, einzulegen. Das anatomische Resultat ist ohne Zweifel nicht vollkommen, das functionelle Resultat jedoch ist genügend.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Frederick E. Neres** und **Daniel S. Neuman. Submucöses Speculum. (Submucous blade speculum.)** *Journal of the Medical American Association. 1908.*

Die für dieses Speculum angeführten Vortheile sind: Es kürzt die Operationsdauer ab, schützt die Schleimhaut; es ist von kleiner Form und leicht an Gewicht; es hat auswechselbare Branchen, die in verschiedenen Winkeln befestigt werden können.

EMIL MAYER.

58) **George L. Richards. Technik der Operation zur Entfernung der mittleren Muschel. (Technic of the operation for removal of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Juli 1907.*

Verf. benutzt nur eine feste Scheere mit kleinen Branchen und eine Drahtschlinge. Um Nachblutungen vorzubeugen, betupft er nach der Operation jeden Punkt der Schnittfläche mit einer 12proc. Lösung von Alum. acetico-tartaricum. Dann pudert er darauf ein Pulver, bestehend aus einem Viertel gepulverten Nebennierenextract und drei Vierteln Aristol, und bedeckt es schliesslich mit einem Wattetampon, der mit folgendermaassen zusammengesetzter Salbe bestrichen ist:

Rp. Bismuth. subnitr.
Aristol ana 6,0
Unguent. zinci oxydat.
Petrolati ana 30,0.

Dieser Tampon, der nur den Rest der mittleren und nicht auch die untere Muschel bedecken soll, bleibt 1—2 Tage liegen. Blutung bei der Entfernung des Tampons ist sehr selten. EMIL MAYER.

59) **Sidney Yankauer** (New-York). **Die Intranasalnaht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 1. 1907.*

Die Erfolge des Verf. mit der Intranasalnaht waren so gleichmässig gute, dass er für sie einen unbestrittenen Platz in der operativen Rhinologie fordert. Dem neuen Verfahren muss schon bei der Operation Rechnung getragen werden, damit die aneinander gebrachten Ränder gut passen. Angewendet wird die Naht bei der Turbinorrhaphia inferior et media, bei Synechien und den plastischen Operationen für Septumperforationen. Die Technik dieser Operationen wird vom Verf. näher beschrieben, ebenso wie die dazu nöthigen Instrumente, die gleichzeitig abgebildet werden. Von solchen sind hervorzuheben: Nadeln, gerade oder gebogene, von verschiedener Länge und Grösse, Haken zum Fassen des Fadens nach seiner Durchführung durch die Schleimhaut, Knotenschliesser, Gabelzange und Nähmaterial, das meist aus Catgut (Dicke No. 0 [0,3 mm]) besteht. Diese Instrumente, sowie ein Phantom zum Zwecke der Uebung im Gebrauch der Instrumente und zur Knüpfung des Knotens stellt die Firma George Tiemann u. Co., New-York, her. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

60) **Katzenstein** (Wiesbaden). **Zangenförmiges, gefenstertes Nasenspeculum mit Feststellvorrichtung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Die gefensterten Branchen des Nasenspeculums sollen eine gute Beleuchtung der Nase, eine unbehinderte Uebersicht und freies Operationsfeld gewährleisten.

ALBANUS (ZARNIKO).

c. Mundrachenhöhle.

61) **H. Fuchs. Untersuchungen über Ontogenie und Phylogenie der Gaumenbildungen bei den Wirbelthieren.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 11. S. 153.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

62) **H. Halász** (Miskolcz). **Seltener Fall von Speichelsteinbildung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 351. 1908.*

Der $1^1/_2$ cm lange und $^1/_2$ cm breite Speichelstein von graugelber Farbe und höckeriger Oberfläche fand sich bei einem 50jähr. Mann in der sublingualen Drüse. Der Stein hatte plötzlich zu eitriger Entzündung geführt und wurde dann im Anschluss an eine Incision ausgestossen. OPPIKOFER.

63) **Richard R. Johnston. Abscess des Ductus Whartonianus; acute Ranula. (Abscess of Wharthons duct; acute Ranula.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Es handelte sich um eine 44jährige Frau. Beim Hochheben der Zunge sah man eine weiche, rundliche Masse, die sich als Eingang des Ductus Whartonianus erwies. Es handelte sich zweifellos um einen Abscess des Ductus, und es wurde gefolgert, dass ein Stein im Ductus sässe. Die Incision ergab in der That einen von Eiter umgebenen Stein.

EMIL MAYER.

64) **P. Hellat** (St. Petersburg). **Verlust der Speicheloxydase als Krankheitsursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 194. 1907.*

Verf. stellt ein Krankheitsbild auf, als dessen Ursache er den Verlust der Speicheloxydase ansieht. Die Symptome dieser Krankheit sind, nach der Häufigkeit in 104 Fällen geordnet, folgende: Ueber Husten klagten 29, Trockenheit und Schmerzen im Halse 16, Verletztsein der Nase, Athembeschwerden, Gehörstörungen, Dyspepsien, Stück im Halse, Schluckbeschwerden, Brennen, Kopfschmerzen, schlechten Geruch und Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Sitophobien, Schmerzen der Zunge. Bei manchen Fällen treten locale oder Allgemeinerscheinungen auf, die in gewissen Fällen bis zu psychischer Störung sich steigern können. Erstickungsanfälle, Athembeklemmungen, Unruhe, Angstgefühle, fixe Ideen, Kopfschmerzen sind durchaus keine seltenen Vorkommnisse. Zu den für die Deutung des Wesens der vorliegenden Anomalie werthvollsten Allgemeinerscheinungen sind Fieberbewegungen zu zählen, über welche nicht selten geklagt wird. Verf. führt einen in dieser Beziehung sehr lehrreichen Fall an, wo das Fieber bei Nachlassen des Speiens allmählich nachliess, nach längerer Zeit aber, als das Speien wieder auftrat, wiederkehrte. Auch die übrigen Krankheitssymptome schwinden gleichzeitig mit dem Aufhören des Speiens. Das Wesen der Krankheit kann nicht in dem Materialverlust als solchem liegen, da der Speichel hauptsächlich aus Wasser besteht und nur 0,2 pCt. organische Substanzen enthält; auch das Speichelsecret als Hülfsferment für die Verdauung (Ptyalin) kann nicht in Betracht kommen, da beim Kauen und Schlucken der Speichel ungestört secernirt und dem Bissen zuführt wird.

Verf. sieht in dem Verlust der von Slowzow in der Parotis entdeckten „Oxydase“, eines oxydirenden Ferments mit der Fähigkeit, die Nahrungsstoffe zu oxydiren, die Krankheitsursache. Die Erscheinungen sind als Autointoxication aufzufassen. Die Frage, wie der wachsende kindliche Organismus, bei dem die Speichelbildung verringert ist, mit einem Minimum des Secrets bei seinen höchst lebhaften Oxydations- und Reductionsvorgängen zurecht kommen kann, wird dahin beantwortet, dass neben der Parotis die Milchdrüsen dieselbe Oxydase bereiten und mit der Milch ausscheiden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

65) **Isabella C. Herb. Experimentelle Parotitis. (Experimental Parotitis.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

In einem Fall von Mumps wurde ein Diplococcus isolirt, der in seinen wesentlichen Merkmalen dem von Laveran und Catins, Macray und Walch

bei dieser Erkrankung gefundenen Mikroorganismus glich. Inoculationen von Aufschwemmungen dieses Diplococcus in den Duct. Stenonianus von Affen und Hunden wurden von einer acuten gleichmässigen Vergrösserung der Parotis gefolgt, die von leichtem Fieber begleitet war. Beim Hunde ist diese Schwellung das Ergebniss einer aus mononucleären Zellen bestehenden Infiltration, gleichzeitig sind die mononucleären Zellen im Blut vermehrt, der opsonische Index in Bezug auf jenen Diplococcus gesteigert. EMIL MAYER.

66) W. E. Parke. **Eitrige Parotitis nach Bauchoperation. (Suppurative parotitis following abdominal operation.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1908.*

Die Eiterung trat auf, ohne dass ein septischer Herd oder locale Anzeichen von Infectionen von der Operationswunde aus vorlagen. EMIL MAYER.

67) J. L. Goodale. **Die Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen. (The examination of the throat in chronic systemic infections.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Gelenkrheumatismus und Pharynxaffectionen, er hat bei einer grossen Zahl von Patienten, die an infectiöser Arthritis litten, Tonsillaraffectionen gefunden, die sich besonders als Retention von Detritus in den Lacunen mit oder ohne Hyperplasie charakterisiren. Verf. räth, da tiefsitzende Detritusansammlungen der Untersuchung entgehen können, in allen Fällen, wo andere Infectionsquellen nicht auffindbar sind, die Tonsillen möglichst gründlich zu entfernen. EMIL MAYER.

68) Chiaio (Evian). **Pseudopharyngitis des Cavum. (Pseudopharyngite du cavum.)** *Journal des Practiciens. No. 37. 12. September 1908.*

Die Symptome sollten bedingt sein dadurch, dass lymphoides Gewebe an der Stelle, wo der untere und äussere Choanalrand zusammenstossen, angehäuft ist und sich auf das Gaumensegel ausbreitet. Die Untersuchung des Cavum ergiebt nichts Besonderes. Behandlung durch Galvanocaustik. GONTIER de la ROCHE.

69) John North. **Purulenter, hyperplastischer und atrophischer Katarrh, verschiedene Stadien desselben Processes. (Purulent, hyperplastic and atrophic catarrh, different stages of one and the same disease or condition.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

70) Martinet (Paris). **Pharyngeale Störungen dyspeptischen Ursprungs. (Troubles pharyngés d'originé dyspeptique.)** *Presse médicale. 20. November 1907. N. Y. Medical Journal. 14. December 1907.*

Dyspeptiker, besonders diejenigen, deren Dyspepsie sich in spät nach der Mahlzeit auftretenden Schmerzen charakterisirt, sind subjectiven Symptomen Seitens des Pharynx unterworfen (vage Schmerzempfindungen, die bisweilen durch die Deglutition verringert werden; letztere ist nie schmerzhaft). Verf. betrachtet diese Störungen als neuropathischen Ursprungs; sie weichen gewöhnlich einer auf die Magenaffection gerichteten Behandlung. GONTIER de la ROCHE.

71) **M. Letulle** (Paris). **Sporotrichose der Mund-Rachenschleimhaut. (Sporotrichosis of the buccopharyngeal mucous membrane.)** *Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 28. Februar 1908. Académie de Médecine. 3. März 1908. Presse médicale. 18. März 1908. N. Y. Medical Journal. 11. April 1908.*

Verf. stellt die charakteristischen Merkmale der Schleimhautsporotrichose auf: Klinisch giebt es keine eigentlichen Ulcerationen, man kann sagen, die Schleimhaut sei bedeckt mit einem Ueberzug wie von Papiermaché oder Brodkrume. Dieser Ueberzug ist nicht mit den Pseudomembranen zu vergleichen; er ist eins mit der Schleimhaut. Diese Infiltration hat die Tendenz, sich allmählich auszubreiten und oft beträchtliche Flächen einzunehmen. Aber, was ein wichtiges Charakteristicum ist, er verändert die anatomische Configuration der befallenen Theile nicht, die weich bleiben können. Schliesslich besteht keine Halsdrüsenschwellung. Entnahme von der Oberfläche der erkrankten Theile ergiebt die Anwesenheit der charakteristischen Elemente, bisweilen auch Fragmente von Mycelium. Culturverfahren auf geeignetem Nährboden ergiebt reichliches Wachsthum und zeigt Mycelienfäden mit runden sporotrichotischen Elementen.

In pathologisch-anatomischer Beziehung charakterisirt sich die Affection durch eine enorme Leukocyteninfiltration, ausgesprochene gleichzeitige Hyperämie, Anwesenheit von Riesenzellen, die in grosser Anzahl in dem erkrankten Gewebe verstreut sind. Ein charakteristisches Merkmal ist das Fehlen jeder Verkäsung. Die Affection hat gutartigen Charakter. Sie kann übrigens mit anderen Allgemeinerkrankungen, z. B. Syphilis oder Tuberculose gleichzeitig bestehen.

Verf. hat eine Patientin in Beobachtung gehabt, die wegen multipler gummöser Hautgeschwülste, deren Ursprung als sporotrichotisch erkannt wurde, in das Hospital aufgenommen wurde. Es bestanden gleichzeitig pharyngo-laryngeale Geschwüre und Cavernenbildung in der rechten Lunge. Tuberkelbacillen fanden sich nicht im Auswurf.

Die Autopsie ergab, dass es sich in der Lunge um reine Tuberculose handelte; im Kehlkopf waren Tuberculose und Sporotrichose combinirt; im Pharynx handelte es sich um Sporotrichose allein. GONTIER de la ROCHE.

72) **A. Ostermann** (Breslau). **Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Systematische Untersuchungen des Nasenrachenschleims von Mitgliedern solcher Familien, in denen Kinder an Genickstarre erkrankt waren, bestätigten dem Verf. die Richtigkeit der Behauptung seines Lehrers Flügge, dass nicht so sehr die an Genickstarre Erkrankten selbst, dass vielmehr die mit diesen in nahe Berührung kommenden, mit Meningokokkenpharyngitis behafteten Personen zur Weiterverbreitung der Genickstarre das Meiste beitrügen. Die Meningokokken seien bei diesen Personen sehr reichlich und lange Zeit hindurch vorhanden und würden von ihnen durch Contact oder verspritzte Tröpfchen auf andere Gesunde verbreitet. — Von der grossen Menge der Pharyngitiskranken erkrankten immer nur einzelne, in besonderer Weise dafür Disponirte an Meningitis. —

Vorschläge, wie auf Grund dieser Erkenntnisse am zweckmässigsten einer Weiterverbreitung der Genickstarre gesteuert werden könne. ZARNIKO.

73) **Hanszel. Zur Diagnose der acuten lymphoiden Leukämie im Rachen.** (Aus dem rhino-laryngol. Ambulat. des Kronprinz Rudolf-Kinderhosp. in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. intern. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die acute grosszellige, lymphoide Leukämie trat in dem beschriebenen Falle unter dem Bilde eines torpiden Ulcus an einer nicht hypertrophischen Tonsille ohne locale Reactionserscheinungen mit hohem Fieber auf, und es stellten sich erst mehrere Tage hernach weitere Leukämiesymptome ein.

In diagnostischer Hinsicht ist das Fehlen von Reactionserscheinungen um das Ulcus sowie eine frühzeitige Blutuntersuchung wichtig. AUTOREFERAT.

74) **Ludwig. Vorzüge des Perhydrols und des Perhydrolmundwassers.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1908.*

Perhydrol ist ein ausgezeichnetes Mittel bei allen Erkrankungen der Mundhöhle, die auf infectiöser Basis beruhen, besonders bei der Alveolar-Pyorrhoe leistet das Mittel ausgezeichnete Dienste. Perhydrolmundwasser wird auch als Prophylacticum gegen verschiedene Infectionskrankheiten zu gebrauchen sein.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

75) **F. Crooksband. Eine Bemerkung über die Behandlung der Diphtherie. (A note on the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 25. April 1908.*

In schweren Fällen von Diphtherie mit Erbrechen und Herzschwäche injicirt Verf. subcutan 0,005 g Adrenalin. hydrochlor. und 0,01 g Strychn. sulf., wenn nöthig alle 2 Stunden. ADOLPH BRONNER.

76) **C. B. Kerr. Ameisensäure als Tonicum nach Diphtherie. (Formic acid as a tonic after diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Verf. giebt alle 4 Stunden ein paar Tropfen einer 25proc. Lösung.

LEFFERTS.

77) **P. Grimiaux. Die Behandlung der Diphtherie mit hohen Dosen von Diphtherieserum. (Le traitement de la diphtérie par les injections à doses massives de sérum antidiphtérique.)** *Dissert. Lille 1907.*

G. glaubt, dass mit Nutzen und ohne Schaden das Diphtherieserum in noch stärkerer Dosis eingespritzt werden dürfe, als gewöhnlich in den Lehrbüchern empfohlen wird. OPPIKOFER.

78) **A. C. Mc Clanahan. Grosse Antitoxindosen bei Diphtherie. (Large doses of antitoxin in diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 12. September 1908.*

Verf. hat in einem Fall im Laufe von 5 Tagen 75000 I. E. injicirt. Es war keine Wirkung zu verzeichnen bis zur Injection der letzten 6000 I. E. Das Antitoxin war frisch und stammte aus den renommirtesten beiden amerikanischen Laboratorien. EMIL MAYER.

79) **Fielding L. Taylor. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse after injection of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Bei dem Patienten — einem 30jährigen Mann — wurden 6000 I.-E. angewandt. Zehn Minuten später klagte er über Absterben der Extremitäten; das Taubheitsgefühl verbreitete sich bald über die ganze Haut. Er wurde leichenblass, dann cyanotisch, der Puls wurde schwach und frequent; plötzlich sistirte die Athmung ganz, Pat. wurde bewusstlos, es trat Rasseln auf der Brust auf, kalter Schweiss brach aus und Pat. machte den Eindruck eines Sterbenden. Künstliche Athmung, Injection von Strychnin und Atropin brachten ihn allmählich zu sich; er blieb aber noch $1^1/_2$ Stunden cyanotisch, während welcher Zeit Fingerspitzen und Lippen blau waren. An den Nachmittagen der drei folgenden Tage hatte Pat. Heiserkeit und leichte Cyanose, der Körper bedeckte sich mit Urticaria-Quaddeln. Heilung.

LEFFERTS.

80) **Malynicz** (Kiew). **Ueber die Häufigkeit der postdiphtherischen Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung.** *Dissert. Zürich 1908.*

23 Fälle. Die Serumzeit weist entschieden mehr Herzlähmungen auf als die Vorserumperiode. Die anderslocalisirten Lähmungen sind in beiden Zeitperioden fast gleich zahlreich, eher etwas seltener seit Einführung des Serums. Letzteres scheint die Lähmungen ein wenig zu verfrühen, so dass sie durchschnittlich am 16. statt am 20. Tage nach dem Beginn der Krankheit erscheinen. Die Dauer der Lähmungen ist seit der Serumbehandlung entschieden kürzer, durchschnittlich 21 statt 33 Tage. Das Serum lässt dieselben häufiger an den Extremitäten einsetzen, dagegen seltener am Gaumen. Die Lähmungen treten ohne irgendwelche Beziehung zum Fiebergrad auf. Die Mortalität ist seit der Serumbehandlung unter den Gelähmten (Herz) entschieden grösser, als vor derselben.

JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **Villa. Ueber die Pathogenese der acuten Larynxstenose bei Masern. (Sulla patogenesi delle laringostenosi acute nel morbillo.)** *Annali di Laringologia e di Otologia. Januar 1908.*

Während einer vom Verf. in Genua beobachteten Masernepidemie waren Complicationen seitens des Larynx am häufigsten; diese Complication trug am meisten dazu bei, die Mortalitätsziffer zu erhöhen.

Die Kehlkopfstenose, die am Ende des Prodromalstadiums beobachtet wird, schreibt Verf. einzig einem Exanthem des Larynx zu, einem Exanthem, völlig analog dem, das bald darauf auf der Haut ausbricht. Dieselbe Ursache hat die Stenose, die während des Eruptionsstadiums auftritt, sowie die nach Ablauf der eigentlichen Krankheit beobachtete. Diese pseudo-membranösen Laryngitiden dürfen nicht als diphtherischer Natur angesehen werden. In der vom Verf. beobachteten Epidemie betrug die Mortalität bei den Fällen mit Larynxcomplicationen 27,7 pCt. Die schwersten Fälle waren die, bei denen die Laryngitis gegen Ende der Eruption und in der Reconvalescenz beobachtet wurde.

FINDER.

82) A. Montefusco. **Das Pilocarpin bei der Behandlung der Kehlkopfstenose bei Masern. (La pilocarpina nella cura della laringostenosi morbillosa.)** *La Pediatria. 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die meisten Fälle von Kehlkopfstenose bei Masern nicht auf Complication diphtherischer Natur zurückzuführen seien, sondern durch die Maserninfection selbst verursacht werden. Das Antidiphtherieserum ist daher wirkungslos. Als ein wirksames Mittel hat sich ihm in diesen Fällen das Pilocarpin erwiesen, das er in subcutanen Injectionen von $^1/_2$—1 mg anwendet, in schweren Fällen bis 3 mg pro die. Er hat so 45 Fälle behandelt, von denen nur 2 in Folge Pneumonie tödtlich verliefen. Von 10 Fällen giebt Verfasser eine ausführliche Krankengeschichte.

FINDER.

83) F. Sinaud. **Ueber den plötzlich eintretenden Tod bei chronischen Stenosen des Kehlkopfes. (De la mort subite dans les affections sténosantes chroniques du larynx.)** *Dissert. Paris 1907.*

In der unter Leitung von Lermoyez erschienenen Dissertation zählt S. 10 Fälle chronischer Larynxerkrankung auf, die zu Stenose und wider Erwarten plötzlich zu Exitus führten. Die verschiedenen Ursachen dieser plötzlichen Todesfälle werden eingehend besprochen. OPPIKOFER.

84) Jacob und Collet. **Postdiphtherische laryngo-tracheale Stenose. (Sténose laryngo-trachéale post-diphtérique.)** *Lyon médical. 11. August 1907.*

Heilung durch Laryngostomie. Verff. betonen die Schwierigkeit und Wichtigkeit der Nachbehandlung. BRINDEL.

85) E. J. Moure. **Klinische Betrachtungen über Kehlkopfstenose. (Considération clinique sur les laryngo-sténoses.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 27. 1907.*

Eine der häufigsten Ursachen der Kehlkopfstenose besteht in der Tracheotomia intercrico-thyreoidea. Die Behandlung besteht in Dilatation, der die Durchschneidung der Narben vorhergehen kann, und in den bisher für inoperabel geltenden Fällen röhrenförmiger Stenose in der Laryngostomie. BRINDEL.

86) Vignard, Sargnon und Barlatier. **Pathogenie der Nekrose bei der Laryngostomie. (Pathogénie du sphacèle dans la laryngostomie.)** *Lyon médicale. 20. October 1907.*

Es zeigt sich oft im oberen Winkel der Laryngostomie eine Nekrose, die vom 2. bis 20. Tage dauert. Die Verff. schreiben dies einer bucco-dentalen septischen Infection zu; es ist daher auf sorgfältige Ueberwachung der Zahn- und Mundpflege nach der Operation zu achten. BRINDEL.

87) Vignard und Sargnon. **Laryngostomie wegen Narbenstenose des Kehlkopfs. (Laryngostomie pour sténose du larynx.)** *Lyon médical. 15. September 1907.*

Die Operation wurde bei einem Kind vorgenommen, das im Verlauf einer Masernlaryngitis sechs Mal intubirt und schliesslich tracheotomirt war. Es war

„canulard“ und die Operation zeigte das Bestehen einer Narbenstenose. Zwei Monate nach der Operation war eine erhebliche Besserung zu constatiren.

BRINDEL.

88) **Beco. Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfstenosen; Vorstellung eines in Behandlung befindlichen und an recidivirenden Laryngotrachealpapillomen operirten Kranken. (La Laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx; présentation d'un malade en cours de traitement opéré pour papillômes laryngotrachéaux récidivants.)** *Annales de la Société méd.-chirurg. de Liège. No. 2. 1908.*

Der ausführliche Titel resumirt genügend den Inhalt; vergl. ausserdem den Bericht vom Juni 1908 über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft.

BAYER.

89) **Sargnon** und **Barlatier** (Lyon). **Ueber Laryngostomie. (De la laryngostomie.)** *Presse médicale. No. 22. 16. März 1908.*

Nach einem historischen Ueberblick, in dem die Frage der Priorität detaillirt erörtert wird, beschreiben Verff. ihre Operationstechnik. Die grösste Wichtigkeit wird der nachträglichen Dilatation und den Verbänden beigelegt. Die Indicationen bestehen in: Laryngo-trachealen Narbenstenosen, functionellen Stenosen, die sich der Intubation gegenüber widerspenstig verhalten, und in allen Fällen, in denen es darauf ankommt, eine im Fortschreiten befindliche Affection — Tuberculose, Carcinom, recidivirende Polypen — zu überwachen.

Die Resultate sind sehr ermuthigend: unter 11 Fällen haben Verff. nur einen Todesfall in Folge descendirender Gangrän. In allen anderen ist die Athmung vollkommen; die Stimme ist so wenig verändert, dass einige Patienten sogar singen.

GONTIER de la ROCHE.

90) **Sargnon. Laryngostomie. (Laryngostomy.)** *N. Y. Medical Journal. 12. April 1908.*

Inhalt identisch mit dem der unter vorhergehender Nummer referirten Arbeit desselben Verf.'s.

LEFFERTS.

91) **Sieur** (Paris). **Zwei Fälle von Laryngostomie. (Deux cas de laryngostomie.)** *Bulletin de le société de chirurgie. 9. Juni 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation.

GONTIER de la ROCHE.

92) **Barlatier, Viannay, Sescos. Vorstellung eines Präparates, von Laryngostomie gewonnen sechs Monate nach der Operation. (Présentation d'une pièce de laryngostomie recueillie six moix après l'intervention.)** *Lyon médical. 8. November 1908.*

Bei dem $4^1/_2$jährigen Kinde war die Laryngostomie gemacht worden, weil es ein „canulard“ war. Es bestand eine äusserst enge Narbenstenose. Es wurde die Caoutschoucdilatation gemacht; jedoch hatte die Fistel die Neigung, sich sehr schnell zu schliessen. Schliesslich blieb im oberen Theil eine kleine Oeffnung bestehen. Vorsichtshalber legte man hier ein kleines Drain ein. Das Kind, das eine Bronchitis befallen hatte, starb an Bronchopneumonie.

Obwohl die Dilatation seit einem Monat aufgehört hatte, ist das laryngotracheale Rohr weit, weiter als in der Norm. Es besteht noch ein kleiner seitlicher Narbenstrang am Ringknorpel. Im oberen Mundwinkel findet sich ein kleiner, gestielter Granulationsknopf, der auf die Stimmbänder fällt.

Verf. weist darauf hin, wie sehr eine Bronchitis im Stande ist, die Prognose der Laryngostomie zu verschlechtern. GONTIER de la ROCHE.

93) U. Calamida. **Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen. (Sulla cura chirurgica delle stenosi laryngee chroniche.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. II. 1. 1908.*

Verf. theilt aus seiner Praxis 3 Fälle mit, die als Repräsentanten der bei chronischen Kehlkopfstenosen angewandten Methoden gelten sollen. Im ersten Fall wurde eine Narbenstenose in Folge tuberculöser Processe geheilt durch Intubation, nachdem die obstruirende Membran vorher gespalten war. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Paralyse der Abductoren mit — wahrscheinlich rheumatischer — Entzündung der Cricoarytaenoidgelenke; es wurde die Tracheotomie gemacht und daran die retrograde Dilatation angeschlossen. Die Erfolge waren günstige, doch brach Pat. die Behandlung ab. Im dritten Fall war erst eine endolaryngeale chirurgische Behandlung gemacht worden; et trat aber ein schweres Recidiv der Stenose auf, und Verf. entschloss sich daher zur Crico-Thyreotomie, die unter Localanästhesie ohne vorhergehende Tracheotomie gemacht wurde. Da aber bei der Operation sich das Narbengewebe im Kehlkopf als sehr massenhaft erwies, wurde, um nach Abtragung desselben und Verschluss der Thyreotomiewunde nicht sich den Gefahren einer wiederkehrenden Stenose auszusetzen, doch noch die Tracheotomie gemacht. Der Erfolg der Operation ist noch nicht definitiv.

FINDER.

94) Louis Fischer. **Behandlung der Kehlkopfstenosen einschliesslich der Intubation in Rückenlage. (Treatment of laryngeal stenosis including intubation by the dorsal method.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Wenn Verf. auch in dieser Arbeit nichts Neues bringt, so setzt er doch auf Grund seiner reichen und mannigfachen Erfahrung viele alte, aber wichtige Gesichtspunkte in das richtige Licht. Er beschreibt auch mit Beifügung trefflicher Holzschnitte die Technik der Intubation in Rückenlage. LEFFERTS.

95) Binford Throne. **Seltene Folgezustände der Intubation. (Rare sequelae of intubation.)** *Proceedings New York Pathological Society. April-Mai 1907.*

Unter 302 Intubationsfällen kam vier Mal prätracheale Abscesse vor, von denen 3 wiederhergestellt wurden. Der tödtlich verlaufene Fall betraf ein dreijähriges Kind, das vor 21 Tagen intubirt war, extubirt und wieder intubirt worden war. Die Anamnese ergab, dass vor der Aufnahme in das Hospital zwei Versuche zur Extubation gemacht worden waren, dass schwere Dyspnoe auf diese Versuche folgte, dass die Dyspnoe durch Einführung einer neuen Tube etwas gehoben wurde. Es wurde diagnosticirt, dass der linke Bronchus durch eine Tube

verstopft sei. Es bestand ein prätrachealer Abscess. Bei der Autopsie fand man Ulceration des Kehlkopfs und der Trachea und eine Tube im Bronchus.

EMIL MAYER.

96) **Franck** (Flensburg). **Ueber die Intubationsstenose des Kehlkopfes nach secundärer Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Wird nach der O'Dwyer'schen Intubation wegen Decubitus die secundäre Tracheotomie nothwendig, so tritt oft eine sehr rapide Stenosirung bis zur vollkommenen Obliteration des Larynxlumens ein, die der Dilatationsbehandlung unzugänglich ist und nur durch Laryngofissur mit Plastik beseitigt werden kann, wenn sich nicht gar die Nothwendigkeit einer Resection des Kehlkopfes herausstellt. — Verf. empfiehlt, um derartige schlimme Ausgänge zu vermeiden, auch nach der secundären Tracheotomie die Dilatationsbehandlung keinen Tag auszusetzen. Nur soll man sie auf 1—2 Stunden täglich beschränken und solange fortsetzen, bis sich die Kehlkopfschleimhaut erholt hat.

ZARNIKO.

97) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 4. 1908.*

Die Intubation ist nur da erlaubt, wo bis zur Glottis kein wesentliches Hinderniss für die Athmung besteht, sie ist contraindicirt bei sehr starker Schwellung oder Gangrän der Rachenorgane, bei Retropharyngealabscess, bei Abschluss des Cavum pharyngo-nasale.

SEIFERT.

98) **Botey** (Barcelona). **Die Crico-thyreoidpunction als präliminäre Operation vor dringenden Tracheotomien. (La ponction crico-thyreoidienne como operacion preliminar en las traqueotomias de urgencia.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. 48.*

Die Laryngotomia intercrico-thyreoidea dauert nach Botey 30 Secunden. Der Pat. sitzt, der Kopf wird extendirt, man sucht das Spatium crico-thyreoideum, stösst den Troicart ein und lässt die Canüle in situ. Die Canüle ist abgeplattet und kürzer, als die gewöhnlichen Canülen.

TAPIA.

99) **Fatjó. Tracheotomie in extremis. (Traqueotomia in extremis.)** *La medicina de los ninos. Juli 1907.*

Fall von Larynxödem. Heilung.

TAPIA.

100) **Citelli** (Catania). **Ueber die Vernarbung der Trachealwunden nach Tracheotomie. Makroskopische und mikroskopische Beobachtungen. (Experimentelle Untersuchungen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 126. 1907.*

Die Untersuchungen sind an tracheotomirten Hunden vorgenommen; aus den sich bei makroskopischer Betrachtung ergebenden und durch das Mikroskop ergänzten Befunden kann man folgende für die Praxis wichtigen Schlussfolgerungen ziehen:

1. Der Schluss der Trachealwunde kann schnell, d. h. 11 Tage nach dem Decanülement und 15 Tage post operationem erfolgen. Er kann aber auch bisweilen verzögert werden, wie in einem Versuch, wo 30 Tage nach der Operation und 28 Tage nach dem Decanulement bei einem sehr jungen Hunde die Tracheal-

wunde noch in ca. $^1/_3$ ihrer Ausdehnung offen war. Auch in einem anderen Versuch war sie 45 Tage nach der Operation und 41 Tage nach dem Decanulement noch nicht völlig geschlossen.

2. Die Ursachen, die den Schluss der Trachealwunde verzögern können, sind verschiedenartig und nicht immer leicht festzustellen. Der häufigste Grund, weswegen bisweilen die Trachea sich nicht schliesst, ist der, dass jeder der Wundränder sich getrennt epidermisirt. Auch wird der verzögerte oder mangelnde Schluss der Tracheotomiewunde beeinflusst durch die Verschiebung der Ränder, die geringe Activität der Gewebe, Infection der Wunde, Blutung in derselben etc.

3. Der Schluss der Trachealwunde erfolgt durch Narbengewebe, das entweder allein auf die Schleimhaut und die Innenfläche des Perichondriums beschränkt bleiben kann, sodass die Knorpelstümpfe frei bleiben oder aber sich bis zwischen diese und auch bis zu den prätrachealen Geweben erstrecken kann.

Im ersten Fall präsentirt sich die Narbe als ein Häutchen ohne Stütze, sodass es in Folge vermehrten atmosphärischen Drucks in der Trachea, z. B. bei Kehlkopfstenose, zu einer Dehnung der Membran und so allmählich zur Bildung einer Tracheocele kommen könnte.

Im zweiten Falle dagegen, wo sich eine feste Narbe bildet, die zu einer soliden Vereinigung zwischen den Stümpfen der durchschnittenen Ringe führt, wird man keine Dehnung der Narbe zu fürchten brauchen.

4. Die Veränderung des Tracheallumens, die eine Folge der Narbenbildung ist, bleibt auch in den sehr ausgesprochenen Fällen immer beschränkt, sodass sie unter keinen Umständen Respirationsstörungen hervorrufen kann. Es ist daher nicht nöthig, zum Schluss der Trachealwunde zu Hautplastiken seine Zuflucht zu nehmen.

5. Die Stümpfe der durchschnittenen Trachealknorpel liegen nur selten in demselben Niveau. Sie zeigen sich mehr oder weniger verschoben und zwar auf verschiedene Weise, sowohl in den einzelnen Fällen, wie in den verschiedenen Abschnitten einer und derselben Narbe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Heilung inficirter Trachealwunden. (Mit experimentellen Versuchen an der Katze.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 237. 1907.*

Verf. beschreibt seine am Thiere gewonnenen experimentellen Ergebnisse und vergleicht sie mit den aus der Literatur bekannten. Die Thiere wurden in Chloroformnarkose tracheotomirt und an der Wundstelle mit frischen Kapselbacillenkulturen inficirt. Die sich nach erfolgter Infection an der Trachea abspielenden pathologisch-anatomischen Vorgänge waren zunächst naturgemäss hauptsächlich regressiver Art, doch schon frühzeitig zeigten sich bei einigen Gewebsarten schneller, bei anderen langsamer einsetzende Regenerationsprocesse.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Rueda** (Madrid). **Einige im Verlauf der Tracheotomie beobachtete Zufälle. (Algunos accidentes observados en el curso de la traqueotomia.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

1. Emphysem der Haut und des Mediastinums, während der Operation auf-

tretend bei einem Individuum mit sehr kurzem Hals, tiefliegender Trachea; das Emphysem verschwand 20 Minuten später. Um solche Zwischenfälle zu vermeiden, räth Verf., die Gewebe nicht zu zerfetzen und die Canüle schnell einzuführen.

2. Diphtherisches Kind; Asphyxie; Intubation war ohne Erfolg gewesen, die Tracheotomie nutzte nichts, da die das Lumen verlegenden Pseudomembranen unterhalb der Canüle sassen; man musste sie mit einer Pincette entfernen.

3. Kehlkopfkrebs; der Kranke athmet gut; im Moment, wo für eine präventive Tracheotomie die Chloroformnarkose eingeleitet wird, tritt plötzlich ein Erstickungsanfall auf. Verf. schliesst daran die Warnung, Kehlkopfstenosen in Narkose zu operiren.

TAPIA.

103) **R. Wolf. Die Endresultate der Tracheotomie. (The final results of tracheotomies.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die an der Trendelenburg'schen Klinik in Leipzig erzielten Endresultate der Tracheotomie bei Diphtherie.

Von 404 Fällen, die während eines Zeitraums von 12 Jahren zur Tracheotomie kamen, wurden 264 als geheilt entlassen; die hohe Mortalitätsziffer hat ihren Grund darin, dass ein grosser Theil der Kinder moribund eingeliefert wurde. Von den entlassenen Kindern hat W. 173 aufgesucht und fand 145 (85,5pCt.) von ihnen frei von allen Symptomen; 24 (14,2 pCt.) zeigten leichtere Störungen, wie Heiserkeit, Neigung zu leichten Larynxkatarrhen, häufigen Erkältungen; jedoch konnten manche dieser Beschwerden auf andere Ursachen, als auf die Tracheotomie zurückgeführt werden. 7 Patienten (4,1 pCt.) hatten ernstere Beschwerden, 4 zeigten Symptome, die in drei Fällen auf familiäre Disposition zurückgeführt werden konnten. Narbenstenose wurde bei keinem der 173 Kinder beobachtet. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die angeblich häufigen schlechten Enderfolge der Tracheotomie nicht zu Gunsten der Intubation ins Feld geführt werden können.

LEFFERTS.

104) **Wolf. Ueber die Endresultate der Tracheotomie.** (Aus der chir. Klinik der Univers. in Leipzig des Geh. Med.-Rath Prof. Trendelenburg.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

In den Jahren 1895—1906 wurde keine Narbenstenose nach Tracheotomie beobachtet, die einer dilatirenden oder blutig operativen Behandlung bedurfte. Auch die in den letzten 12 Jahren an der Klinik tracheotomirten Kinder erlitten durch die Operation keine Schädigung der tieferen Luftwege — dies zur Kenntnissnahme der Intubations-Verfechter.

HANSZEL.

105) **Max Senator** (Berlin). **Ueber subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1907.*

Vortr. konnte mit der von Gerber angegebenen Methode zur Sichtbarmachung der Unterflächen der Stimmbänder (vergl. Ref. dieses Centralblatt, No. XXIII, S. 122) bei einem Sänger an der Unterfläche eines Stimmbandes eine hirsekorngrosse Geschwulst feststellen. Im Kehlkopfspiegel konnte nur eine strichförmige Auflagerung wahrgenommen werden. Die Geschwulst wurde subglottisch

durch Aetzmittel beseitigt mit gutem functionellen und localem Erfolge, wie durch den eingeführten zweiten — subglottischen — Spiegel bestätigt werden konnte.

In der Discussion (Berl. klin. Woch. 1907. No. 2) bemerkt Rosenberg, dass er schon 1887 Spiegel in die subglottische Region eingeführt habe. Edm. Meyer erwähnt, dass schon 1862 Rauchfuss (Petersburg) Spiegel angegeben habe, um subglottische Papillome festzustellen.

Im Schlusswort meint Senator, dass seiner Zeit Rosenberg seinen Spiegel zur Sichtbarmachung der Hinterwand, nicht aber der unteren Fläche der Stimmbänder benutzt habe. Positive Resultate habe nur Gerber und er in einem Fall an der Unterfläche der Stimmbänder erzielt. ALBANUS (ZARNIKO).

106) **Rauchfuss** (St. Petersburg). **Bemerkung zur Discussion über subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1907.*

R. bestätigt, dass er schon 1862 bei einem Fall, wo nach Entfernung eines grossen Stimmbandpapilloms zu entscheiden war, ob auch die subglottische Region frei sei, einen kleinen stählernen, endolaryngealen Gegenspiegel angewandt habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

107) **de Ligneris** (Bern). **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jod auf die Hundeschilddrüse.** *Dissert. Bern 1907.*

Zuerst Feststellung der histologischen Veränderungen bei reiner Hypertrophie: Abnahme des Colloids bis zu völligem Schwund, Zunahme des Epithels, Kleinerwerden des Follicularlumens bis zur Obliteration. Auftreten von Papillen, Unregelmässigwerden der Follikelform, Zunahme des Blutgehalts. Experimente an 14 Hunden. Exstirpation in Morphium-Aethernarkose. Bei der wachsenden Schilddrüse bewirkt das Jod starke Vermehrung des Colloids, Vergrösserung und regelmässige Formbildung des Follikellumens, Abplattung des Epithels bis zur Confluenz der Follikel, Verengerung der Gefässe durch Druck und Abnahme des Blutgehalts der Drüsen. Ganz geringe innere Dosen von Jod haben dasselbe Ergebniss wie grosse Gaben. Innere Behandlung bewirkt viel weniger Entzündung als die äusserliche. Die Hundeschilddrüse reagirt viel weniger auf Jod als die menschliche. Durch Jodbehandlung wird die gesunde Schilddrüse geschädigt auf Kosten des Zellmaterials und der Leistungsfähigkeit der Drüse. JONQUIÈRE.

108) **Leykin** (Sympheropol). **Wirkung von Jod, Jodothyrin und Thyreoidin auf verschiedene Kropfformen.** *Dissert. Bern 1907.*

Verf. theilt ihre 20 Fälle in 3 Gruppen. 1. Bei ganz frischen nicht behandelten hyperplastischen Kröpfen wirken Jodkali und alle obengenannten Heilmittel in gleicher Weise rasch in wenigen Tagen. 2. Bei nicht mehr frischen, weich elastischen, oft colloid entarteten Strumen wirken diese Medicamente langsamer, erst durch mehrwöchige Behandlung. Jodkali schlug nur wenig an, Jodothyrin wirkte, abgesehen von Basedow gut. 3. Colloide, derbelastische, wenig bewegliche Kröpfe wurden von keinem jener Mittel beeinflusst. Es stellte sich bei allen diesen Versuchen heraus, dass kleine Dosen ebenso gut wirken wie grosse.

JONQUIÈRE.

109) **Halepin** (Odessa). **Art der Jodausscheidung bei Basedowkranken im Vergleich zu Gesunden und zu gewöhnlichen Kropfpatienten.** *Dissert. Bern 1907.*

Die Ergebnisse bei 16 Fällen waren folgende:

1. Bei Gesunden dauerte die Jodausscheidung 2 Tage, die ausgeschiedene Jodmenge betrug 67—74 pCt. der eingeführten.

2. Bei Basedow war die Jodausscheidung auf 3 Tage verlängert. Nach der Operation verhielten sich Basedowkranke wie Gesunde.

3. Bei gewöhnlichen Kropfkranken war das Ausscheidungsverhältniss 60 pCt. des eingenommenen Jods. JONQUIÈRE.

110) **L. Oppitz. Ueber Strumectomie.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Eingehende Besprechung der Strumectomie und Beifügen von 35 Krankengeschichten. OPPIKOFER.

111) **A. Horst. Pulsirende Strumametastase der Gesässgegend unter dem Bilde eines Aneurysma.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Die pulsirende Geschwulst in der rechten Gesässgegend zeigte bei der 40jährigen Frau alle diagnostischen Merkmale eines Aneurysma einer Gesässarterie. Bei der Operation dagegen wurde die Diagnose auf Tumor (Sarkom des Kreuzbeins) gestellt. Die Blutung war so heftig, dass die Operation unterbrochen und tamponirt werden musste; bereits 20 Minuten später Exitus. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um Sarkom, sondern um eine gefässreiche Struma — Knochenmetastase — gehandelt hatte; die Tumorstücke zeigten denselben Bau wie eine gewöhnliche Struma parenchymatosa. Die Schilddrüse war seit ihrer Kindheit vergrössert, hatte aber nie Beschwerden verursacht.

OPPIKOFER.

112) **W. Burk** (Stuttgart). **Ueber einen Fall von acuter recidivirender Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von primärer acuter nichteitriger Thyreoiditis, entstanden durch mechanische Ursachen, nebst epikritischen Bemerkungen. HECHT.

113) **Hans Schwerin** (Berlin). **Zwei Fälle acuter nichteitriger Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1908.*

Mittheilung, dass Autor „in den letzten vier Jahren 2 Fälle nichteitriger Thyreoiditis beobachtete, die typisch so verliefen, wie es de Quervain und Dunger beschreiben“. HECHT.

g. Oesophagus.

114) **Bichaton** und **Blum. Schmerzhafter Spasmus des Oesophagus. Reichlicher Speichelfluss, völlige Aphonie neuropathischen Ursprungs bei einem Mann. (Spasme douloureux de l'oesophage, sialorrhée abondante; aphonie complète d'origine neuropathique chez un homme.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. BRINDEL.

115) **R. Driout. Technik der Oesophagoskopie. Beitrag zum Studium der Fremdkörper der Speiseröhre. (Technique de l'oesophagoscopie. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1907.*

Da auf den chirurgischen Abtheilungen in Frankreich auch heute noch die Oesophagoskopie fast durchwegs unberücksichtigt bleibt und fast regelmässig von vornherein die unsichereren und gefährlicheren Verfahren Anwendung finden, so hebt D. in seiner fleissigen Arbeit an der Hand von zahlreichen Beispielen aus der Literatur den hohen Werth der Oesophagoskopie hervor. OPPIKOFER.

116) **Alwin Ach** (München). **Fremdkörper des Oesophagus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1908.*

Ach bespricht die verschiedenen diagnostischen Hülfsmittel (Anamnese, Sondirung, Röntgenphotographie und Oesophagoskopie). Das souveränste Hülfsmittel ist die Oesophagoskopie, die Ach mit dem von ihm angegebenen Instrumentarium unter Aufblähung des Oesophagus mittels des pneumatischen Apparates verwendet. Verf. erörtert anschliessend die Technik der Oesophagoskopie und der Fremdkörperextraction. Gelingt es nicht, den Fremdkörper auf diesem Wege zu extrahiren, so tritt die Oesophagotomie in ihre Rechte, jedoch kommt dieses Verfahren nur für die Fremdkörper oberhalb der Bifurcation in Frage. „Bei tief, d. h. nahe der Cardia sitzenden Fremdkörpern, die sich nicht in besprochener Weise entfernen lassen, ist die Gastrotomie mit retrograder Oesophagoskopie und Extraction mit dem Oesophagoskop die rationellste Methode.“ Anschliessend Mittheilung von 10 einschlägigen Krankengeschichten. HECHT.

117) **Lawford Knaggs. Perforation des Oesophagus durch einen Kaninchenknochen; septische Entzündung des Mediastinum; Ulceration in die Aorta; Tod infolge Blutung. (Perforation of the oesophagus by a rabbit bone: septic inflammation of the mediastinum; ulceration into the aorta; death from hemorrhage.)** *Lancet. 28. März 1908.*

Ein 16jähriger junger Mann verschluckte beim Essen einer Kaninchenpastete einen Knochen; er hatte Schmerzen und zwei Tage lang Erbrechen. Eine Sonde passirte leicht bis in den Magen. Am 8. Tage erbrach er grosse Mengen Blut und starb in 4 Stunden. Die Obduction ergab den im Titel gekennzeichneten Befund. ADOLPH BRONNER.

118) **E. Botella** (Madrid). **Stück einer Zahnplatte im Oesophagus. Extraction durch die Oesophagoskopie. (Pieza dentaria caida en el esófago. Extracción por esofagoscopia.)** *Siglo medico. 29. November 1907.*

Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

119) **Parellada** (Madrid). **Sousstück im Oesophagus. Vergebliche Oesophagoskopie Heilung. (Moneda de cinco centesimos detenida en el esofago. Esofagoscopia frustrade. Curacion.)** *La medicina de los ninos. September 1907.*

Als man sich anschickte, die Oesophagotomia externa zu machen, wurde der Fremdkörper durch eine Würgbewegung in den Pharynx geschleudert und von dort mit dem Finger herausgeholt. TAPIA.

120) **J. Manson** (Madrid). **Offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines 5 Monate alten Kindes. (Open safety pin in the oesophagus of a child aged 5 months.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Die Nadel wurde in den Magen hinuntergestossen und ging am 6. Tage durch den Darm ab.

ADOLPH BRONNER.

121) **Burger** (Amsterdam). **Regeln bezüglich der Untersuchung des oberen Theils des Oesophagus. (Règles relatives à l'examen de la partie supérieure de l'oesophage.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1908.*

Auf dem XII. flämischen Congress für Natur- und medicinische Wissenschaften in St. Nicolas vom 19. bis 21. September 1908 erinnert B. an die der Oesophagoskopie und Laryngoskopie vorausgehenden Untersuchungsmethoden mit der Sonde und der Palpation.

Das Oesophagoskop ist ein ausgezeichnetes Instrument, eignet sich aber nicht sehr zur Untersuchung des Hypopharynx. Dieser ist im normalen Zustand geschlossen. B. räth, denselben vermittelst eines besonders dazu angegebenen Hakens nach vorne zu ziehen und mit dem Laryngoskop zu untersuchen.

Die Röntgenstrahlen gestatten, den Sitz eines Fremdkörpers, eines Tumors, eines Aneurysmasackes genau festzustellen. B. zeigt an schönen Abbildungen die topographische Anatomie und ein Schema von allen Fällen von Fremdkörpern des Hypopharynx, die in der Literatur verzeichnet sind, angeordnet nach ihrem jeweiligen Sitz.

BAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Seifert** (Würzburg). **Geschichte der Laryngologie in Würzburg.** Würzburg, Curt Kabitzsch. 1908.

Zahlreiche Träger berühmter Namen gehörten der Universität Würzburg an, so Virchow, v. Bergmann, Troeltsch, Sachs, Leube, Scanzoni, Kölliker und Roentgen. Erinnern wir uns, dass unter den Lehrern, die an dieser Hochschule wirkten, im Jahre 1860 auch Gerhardt war, so wird es uns nicht überraschen, dass auch die Laryngologie zu den dort gepflegten Unterrichtsfächern gehörte. Sie war neben der Auscultation und Percussion Gegenstand des Curses über die physikalischen Untersuchungsmethoden. Auf Gerhardt folgten Rossbach, Riegel u. A.; Seifert hat Curse über Laryngoskopie und Rhinoskopie von 1883 ununterbrochen bis zu diesem Zeitpunkt gehalten. In seiner „Geschichte der Laryngologie in Würzburg“ giebt Seifert einen Rückblick auf die Enwickelung der laryngologischen Schule, mit der sein Name auf so glanzvolle Weise verknüpft ist. Seine Schaffenskraft ist allbekannt; wie unerschöpflich sie ist, das erkennen wir jedoch erst, wenn wir die Liste der aus seiner Feder hervorgegangenen Arbeiten lesen. Seine Fähigkeit, anregend auf andere zu wirken, geht aus dem Verzeichniss seiner Assistenten hervor, in dem wir die Namen von Forschern, wie Herzog, Kahn, Lieven, Petersen, Kanasugi, Bönninghaus und Hasslauer finden. Die Zahl der im Jahre in Würzburg behandelten Patienten ist naturgemäss erheb-

lich geringer, als an den überfüllten Kliniken der grossen Städte; dieser Umstand aber gerade erlaubt ein eingehenderes Studium des Materials und führt zu den ausgezeichneten Ergebnissen, auf die wir bereits hingewiesen haben. Würzburg erfreut sich eines Rufes wegen der Schönheit seiner natürlichen Lage, wegen der Güte seiner Weine und wie die Studentenlieder bezeugen, noch wegen anderer Anziehungspunkte. Wer all dies an Ort und Stelle kennen lernen will und noch einen guten Grund sucht, um nach Würzburg zu gehen, der wird keinen besseren finden, als dass er dort unter Prof. Seifert Laryngologie studiren will.

Dundas Grant.

---

b) William Lloyd F. R. C. S. **Heufieber, Heuasthma; ihre Ursache, Diagnose und Behandlung. (Hay fever, hay asthma. Its cause diagnosis and treatment.)** 2. Aufl. London, Henry Glaisher. 1908. 107 Ss.

Von den 71 Seiten, aus denen, abgesehen von den letzten 25 nur Krankengeschichten enthaltenden Seiten, das Buch besteht, handelt das erste Capitel von 21 Seiten sehr ausführlich von den verschiedenen Theorien über die Ursachen des Heufiebers. Es folgt eine Uebersicht über die prädisponirenden und auslösenden Momente nebst werthvollen Winken für die Unterscheidung der wahren und Pseudoformen des Heufiebers. Das Capitel über die Therapie ist gründlich und praktisch und enthält in den Bemerkungen über die Prophylaxe viele nützliche Unterweisungen. Es ist — unseres Erachtens mit Recht — in Bezug auf die Behandlung ein Unterschied gemacht zwischen den Fällen, in denen ausgesprochene pathologische Veränderungen sich in der Nase finden und denen, wo nichts Abnormes nachweisbar ist, ausser hypersensiblen Punkten; es wird empfohlen, diese zu cauterisiren.

In einer Monographie über diesen Gegenstand sollte man erwarten, weitere Bemerkungen über das Pollantin zu finden; Verf. begnügt sich damit, ohne Commentar Sir Felix Semon's Schlussfolgerungen wiederzugeben, nebst einem flüchtigen Hinweis auf die Ergebnisse Wolff-Eisner's.

Dem allgemeinen Praktiker wird das kleine Buch von grossem Nutzen sein, wenn er mit der schwierigen Affection zu thun hat.

P. Watson Williams (Bristol).

---

c) Verein deutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908.

Vorsitzender: Vohsen-Frankfurt a. M.

In der diesjährigen Geschäftssitzung wurde einstimmig beschlossen, dass der Verein süddeutscher Laryngologen fortan den Namen „Verein deutscher Laryngologen“ führen soll.

Körner (Rostock) demonstrirt ein Carcinom des Hypopharynx, das in den Kehlkopf hineingewachsen war, bespricht die Schwierigkeiten der klinischen Erkennung der Ursprungsstelle und der Ausdehnung solcher Geschwülste und betont den Werth der Hypopharyngoskopie.

v. Eichborn (Heidelberg): Ueber Anwendung der Fulguration in der Laryngologie.

Beschreibung des Fulgurationsapparates. Im Heidelberger Samariterhause werden Funkenbündel von 2—5 cm Länge angewandt und zwar wegen der Schmerzhaftigkeit in gemischter Narkose; Skopolaminmorphium und Chloroform.

Die Wirkung der Fulguration ist eine mehrfache. Zunächst entsteht an der einige Secunden lang fulgurirten Hautstelle eine kleine Blase, wie bei einer Verbrennung 2°. Im nächsten Augenblicke wird die Blase durch die Funken durchschlagen, entleert sich und fällt in sich zusammen. Fulgurirt man noch weiter dieselbe Stelle, so entsteht ein Verbrennungsschorf. Grössere Hautpartien, die man mit wandernder Elektrode fulgurirt, werden zunächst für kurze Zeit anämisch, worauf eine länger dauernde Hyperämie und Röthung eintritt.

Um Blasenbildung und Verschorfung zu verhindern, wird mit CO_2 oder, wo diese, wie in Mund und Nase nicht anzuwenden ist, mit comprimirter Luft gekühlt. Daneben kommt die mechanische und die Lichtwirkung der Funkenbüschel zur Geltung.

Leider ist die Tiefenwirkung der Fulguration nicht gross: 1 cm ist wohl das höchste, was man erwarten darf. Sie macht deshalb auch die Chirurgie nicht entbehrlich. Sie soll nur die makroskopisch nicht mehr sichtbaren Reste des Krebsgewebes zerstören und den Patienten vor Recidiven schützen.

Die Erfahrungen v. Eichborn's sind noch zu kurz, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten; über die Möglichkeit der Vermeidung von Recidiven wird man sich erst nach Jahren äussern können.

Man kann vorläufig nur sagen, dass die Fulguration in denjenigen Fällen, in denen man bisher durch langwierige Radium- oder Röntgen-Behandlung Erfolge erzielte, dieselben Erfolge in einer einzigen oder in zwei Sitzungen erreicht. Diese Zerstörung auf einmal hat auch insofern einigen Werth, als bekanntlich während der Dauer der Röntgenbehandlung die Krebsgeschwulst zwar an den bestrahlten Stellen zurückgeht, aber an den Nachbarstellen inzwischen oft wieder weiterwächst.

Die Fulguration ist uns ferner von grossem Nutzen bei der Behandlung von Recidiven und bei nicht mehr radical operablen Fällen, wo es sich darum handelt, leicht blutende, jauchende und übelriechende Wundflächen zu reinigen, dem Patienten seine Schmerzen und ihn selbst für seine Umgebung wieder erträglich zu machen.

Vorstellung eines Falles von Larynxcarcinom (Plattenepithelcarcinom) und eines Kindes von 11 Jahren mit Fibro-chondro-myxo-sarkom des Rachens. Beide sind im Anschluss an die operative Behandlung mit Fulguration behandelt. Das Resultat ist bis jetzt günstig.

Discussion:

B. Fränkel (Berlin) hat Versuche mit Pilzculturen gemacht, die ergaben, dass eine Abtödtung durch die Fulguration stattfindet; diese ist keine Folge der Wärmewirkung. Therapeutisch hat Fränkel besonders bei Tuberculose Versuche gemacht; die Erfolge waren zum Theil günstig, doch nicht gleichmässig.

v. Eichborn Schlusswort.

Killian (Freiburg i. Breisgau): Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Scharlach.

Zwei Fälle von Erkrankung der Nebenhöhlen im Anschluss an Scharlach im letzten Winter, von denen einer durch frühzeitiges Eingreifen gerettet wurde, gaben Anlass, das vorhandene Material zu bearbeiten.

Es sind zwei Formen von Sinusitis scarlatinosa zu beobachten, die einfache und die complicirte.

Die einfache Sinusitis tritt aller Wahrscheinlichkeit nach sehr häufig ein. Dafür spricht schon die Analogie mit anderen Infectionskrankheiten, ferner die Thatsache, dass bei den Scharlachsectionen von Wolf und Wertheim schon unter wenigen Fällen eine Reihe von Nebenhöhlenerkrankungen gefunden wurde, doch haben sie von Seiten der inneren Mediciner wenig Beachtung gefunden; es ist wünschenswerth, dass diese Dinge mehr beachtet werden. Die meisten acuten Nebenhöhlenaffectionen kommen wie auch sonst, so auch beim Scharlach zu spontaner Heilung. Nur einige werden chronisch, gelangen noch spät zur Beobachtung und können auch nach langer Zeit noch complicirt verlaufen.

Solche Fälle machen auffällige Erscheinungen, daher hat man auch gelegentlich über sie berichtet. Ihre Häufigkeit muss viel grösser sein, als es bis jetzt den Anschein hat. Die Rhinologen wurden offenbar selten zugezogen.

Bei complicirtem Verlauf einer Nebenhöhlenaffection bei Scharlach tritt frühzeitig äusseres Oedem auf, in zwei Fällen schon am fünften Tage beobachtet, die geschwollene Partie ist oft spontan und auf Druck schmerzhaft, sie betrifft Stirngegend, Nasenwurzel, meistens inneres Drittel des oberen Augenlides. Bei Kindern bis zu sieben Jahren kommen wesentlich die Siebbeinzellen in Betracht, von 8—9 Jahren die Stirnhöhle, erst viel später die des Keilbeins. Aus anatomischen Gründen hat man es seltener mit einer complicirten Erkrankung der Kieferhöhle zu thun.

Oedem und Eiterbildung entstehen dadurch, dass der Entzündungsprocess von der Nebenhöhlen-Schleimhaut zum äusseren Periost fortschreitet. Dabei erkrankt beim Scharlach sehr rasch der Knochen mit. Thatsächlich sind 13 Mal Knochenveränderungen nachgewiesen worden, von den leichtesten bis zu den schwersten cariösen Processen, Perforationen und Sequesterbildungen. Die Löcher befanden sich meistens in der Lamina papyracea des Siebbeins, aber auch das Dach des Antrum und die vordere und die untere Wand der Stirnhöhle wurden perforirt gefunden.

Die eigentlich gefährlichen sind die Complicationen von Seiten der Stirnhöhle, hier ist die Gefahr der intracraniellen Erkrankung sehr gross, ausnahmsweise (Edm. Meyer) auch schon in früherem Alter. Drei Kinder starben an eitriger Meningitis, auch Thrombose des Längsblutleiters mit folgender pyämischer Eiterung wurde beobachtet. Die Diagnose der complicirten Scharlachsinuisitis ist wegen des äusseren Oedems leicht, daneben kommen die sonstigen diagnostischen Mittel (Röntgen etc.) in Betracht. Die Auffassung dieser Erkrankungen muss stets sehr ernst sein; sie fordern zu energischem Handeln auf nach dem Vorgange von Preysing.

Es handelt sich im Wesentlichen darum, das ganze Siebbein und, wo eine Stirnhöhle vorhanden ist, auch diese zu eröffnen; zu diesem Zweck Bogenschnitt wie bei Killian's Radicaloperation. Da die Wunde eine Zeit lang offen gehalten werden muss, so empfiehlt es sich, den Schnitt nicht innerhalb der Augenbraue, sondern darüber verlaufen zu lassen. An der Nasenseite muss er soweit nach aussen gehen, dass der Processus frontalis bequem resecirt werden kann. Es folgt die Ausräumung der Siebbeinzellen. Stets sollte man auch die Kieferhöhle probeweise eröffnen.

Discussion: Nager, Edm. Meyer, Vohsen, Hinsberg, Preysing und Walter Haenel theilen zum Theil weitere Fälle mit.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Speichelfluss durch die Nase. Vorstellung eines Falles.

Beim Kauen und bei Vorstellung von Nahrungsmitteln Ausfluss von Speichel durch die Nase. Es war früher eine breite Eröffnung des Antrums gemacht, die orale Wunde eine Zeitlang offen gehalten, darauf zunächst Eindringen von Speisen durch die Kieferhöhle in die Nase, Operation, Verschluss der oralen Fistel, Aufhören des Durchtretens von Speisen, doch blieb eine ganz kleine Oeffnung; durch sie dringt der Speichel in Kieferhöhle und Nase.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

Eine grosse Anzahl dahin gehöriger Fälle, deren Einzelheiten sich zu kurzem Referat nicht eignen. Das Material theilt sich in folgende Gruppen: 4 Fälle mit ödematösen Erscheinungen (der Lider, retrobulbäres Oedem, Exophthalmus etc.), die nach Eröffnung der erkrankten Nebenhöhlen sämmtlich geheilt wurden. Ferner 3 Fälle mit regionären Abscessen, davon einer in der Gegend oberhalb der Thränenwege, 2 Fälle mit Abscessbildung in der Stirngegend. Zu den Complicationen in der Schädelhöhle übergehend hält v. Eicken es für wahrscheinlich, dass in zwei Fällen eine Meningitis serosa bestanden hat. Drei extradurale Abscesse, sämmtlich als zufällige Befunde bei Stirnhöhlenoperationen, durch Operation geheilt; den Fällen war gemeinsam das plötzliche Auftreten einer starken Schwellung des oberen Lides, ein Symptom, das bei chronischer Stirnhöhleneiterung grossen diagnostischen Werth hat. Zwei Patienten sind an Meningitis nach einer Nebenhöhlenoperation gestorben. Ein Fall von Frontallappenabscess, Heilung; sechs Jahre später Exitus an Carcinom; Sectionsbefund wird mitgeteilt.

Zwei Fälle von Osteomyelitis cranii. Fall 1. Nach früherer Eröffnung der rechten Kieferhöhle und submucöser Septumresection wird Radicaloperation der rechten Stirnhöhle, des Siebbeins, der Keilbeinhöhle gemacht, nach primärer Naht zuerst guter Wundverlauf, dann Wiedereröffnung der Wunde nothwendig, trotzdem sich weiter ausdehnende Periostitis und Osteomyelitis, Abscess im Stirnhirn, breite Drainage, Kräfteverfall, Zeichen, die für Abscess im linken Schläfenlappen sprachen, Exitus durch Meningitis, Sectionsbefund.

Fall 2. Stirnhöhlen-, Siebbeineiterung, nach Trauma acute Verschlechterung, Operation ergiebt nekrotische Knochenmassen im Bereich des linken Thränen-Sieb-

Stirnbeines. Fortschreiten trotz wiederholter Operation, Meningitis, Exitus, Sectionsbefund.

Fälle, in denen Thrombose des Sinus cavernosus mit Wahrscheinlichkeit den Exitus veranlassten, sah Killian zweimal, Section verweigert.

Zwei Fälle von Thrombosen des Sinus longitudinalis als zufällige Sectionsergebnisse zur Kenntniss gelangt.

Zwei Fälle von metastatischen Eiterungen, einmal in der Prostata, einmal eitrige Peritonitis, Pneumonie etc.

Discussion: Kander.

Brünings (Freiburg i. Br.): Beiträge zur submucösen Septumresection. Instrumentarium: Abgesehen von Injectionsspritze, Tupfer etc. a) Haken zum Aufhalten des Nasenlochs, b) Septummesser, c) doppelseitiges Raspatorium, d) Messer nach Ballenger, e) f) Septumzangen nach Brünings, g) h) Meissel, Hammer, i) Tamponadezange nach Brünings — ferner Gummitampons, Septumklammern, davon eingehend besprochen: Septumzange; stanzende Zangen sind nicht zweckmässig zum Ausbrechen der freigelegten knorpeligen oder knöchernen Septumtheile, die Brünings'sche Zange mit ineinander gelegten Branchen eignet sich selbst zum Abbrechen des verdickten Vomers, so dass Meissel selten zur Anwendung kommt. Neu ist Tamponadezange, deren Backen innen glatt sind, sie vermeidet den Uebelstand der gerieften Zange, Gaze etc. wieder mit herauszuziehen.

Die Nachtheile der Nasentamponade werden aufgezählt, sie führten Brünings zunächst zur Einführung eines gefensterten Gummischlauches, der aber den Nachtheil hat, dass er durch Secret verstopft wird. Nach verschiedenen Verbesserungsversuchen der Wattetamponade, die besonders darauf gerichtet waren, die Entfernung der Tampons schmerzloser zu gestalten, griff Brünings zu strangförmigen Tampons aus den bekannten Gummibadeschwämmen; deren Vorzüge, Elastizität, auch im feuchten Zustande, Porosität, Schlüpfrigkeit, die auch bei der Entfernung derselben sich geltend machen, werden weiter ausgeführt.

Tamponade mit Gummischwamm, wenn auch eine gute Nachbehandlungsmethode der Septumresection, stellt nicht das Ideal einer solchen dar. Brünings hat daher den Versuch gemacht, die Septumblätter durch Compressorien miteinander zu vereinigen, so dass die Nasenathmung freibleibt. Mit solchen Klammern sind 31 Fälle von Septumresection behandelt, so dass Brünings kein Bedenken trägt, die Methode als wesentlichen Fortschritt zu bezeichnen. Die Vortheile der Behandlung mit Klammern, deren Form und Gebrauchstechnik ausführlich beschrieben wird, sind:

1. Die Einführung der Klammern ist auch ohne Cocainisirung der lateralen Nasenwand schmerzlos.

2. Die Durchsichtigkeit der Klammern ermöglicht es, nach ihrer Anlegung die Adaption von Schleimhautrissen zu controliren und eventuell unter der Klammer zu corrigiren.

3. Die Nasenathmung bleibt bei der Klammerbehandlung in der Mehrzahl der Fälle dauernd erhalten. Absaugung des Sekrets nach hinten ist in jedem Falle möglich. Schluckbeschwerden treten niemals ein.

4. Die durch Sekretstauung und Sekretverhaltung bedingten Tamponadebeschwerden fallen vollständig fort; Temperatursteigerungen, wie sie sonst die Regel bilden, fehlen fast ausnahmslos.

5. Die Klammern haben ausser gelegentlichem Niessreiz keinerlei Beschwerden gemacht; ihre Entfernung ist leicht und ohne jeden Schmerz zu bewerkstelligen.

6. Die Klammeranwendung kürzt die Dauer der Behandlung bis auf die Hälfte der sonst üblichen Zeit ab.

Discussion: Katz, Zarniko, Auerbach, Brünings (Schlusswort).

Goris (Brüssel): Demonstration primärer Mandeltuberculose.

Bei ganz gesunder Patientin von 23 Jahren ohne Lungenbefund und ohne Auswurf, anscheinend einfach hypertrophische Mandeln, Cauterisation, schlechte Heilung. Untersuchung ergab typische Tuberculose mit Riesenzellen. Demonstration der Präparate. Eine Injection von Koch'schem Alttuberkulin ergab bei der Patientin typische Reaction.

Discussion: Schönemann (Bern).

Die Tonsillen erkranken zumeist secundär, und zwar nicht etwa vornehmlich durch Fortleitung des tuberculösen Processes, sondern metastatisch bei Tuberculose der Nasenschleimhaut. Dieser Umstand spricht für Sch.'s Ansicht über die Bedeutung der Tonsillen, dass nämlich letztere nichts anderes vorstellen, als submucös gelegene zwischen Nasen- und Nasenrachen-Schleimhaut und tieferen Halslymphdrüsen eingeschaltete Lymphdrüsen.

Goris: Schlusswort.

Neugass (Mannheim): Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand.

Syphilitische Primäraffecte der Nase sind selten. Es wurde daher in dem folgenden Falle die Diagnose auch erst bei Auftreten einer Roseola gestellt. Es handelt sich um einen 22jährigen Patienten, der angab, dass seit einiger Zeit die Nase beim Waschen und Schneuzen geblutet habe.

Bei der Untersuchung fand sich auf der rechten Seite des Septum cartilag. ein etwa 10-Pfennigstückgrosses Ulcus, und zwar an der bekannten Stelle, die durch den in der Nase bohrenden und herumarbeitenden Zeigefinger sehr häufig der Sitz von Excorationen ist. Die Submaxillar- und Submentaldrüsen waren nicht auffallend geschwollen.

Da das Ulcus trotz eingeleiteter Therapie nicht heilte, wurde der Verdacht auf Lues rege, der denn auch, als Secundärerscheinungen auftraten, durch anamnestische Angaben erklärt und durch den Erfolg der specifischen Therapie zur Sicherheit wurde.

Blumenfeld-Wiesbaden),
Schriftführer

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Juni 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Bericht der Geschwulst-Commission:

St. Clair Thomson: 1. Bösartige endolaryngeale Geschwulst bei einem jungen Manne. (Cfr. Versammlung April 1907.)

Carcinom.

2. Prolaps des Ventrikels. (April 1907.)

Weiches ödematöses Fibrom ohne Drüsen oder Anzeichen für einen Ursprung des Tumors im Ventrikel.

Fitzgerald Powell: Nasenrachengeschwulst. (Mai 1907.)

Hyperplastische Geschwulst von lymphoidem Gewebe mit Riesenzellen, aber ohne sichere Anzeichen für die Diagnose von Tuberculose.

Dundas Grant: Maligne Rachengeschwulst. (Mai 1907).

Plattenzellencarcinom.

Lambert Lack: Durch Thyreotomie entfernte Kehlkopfgeschwulst.

Plattenzellencarcinom.

Stanley Green: Mit Röntgenstrahlen behandeltes Sarkom der Tonsille.

58jähriger Mann. Nach der Operation Recidiv. Beim Beginn der Behandlung war ein grosser Tonsillartumor vorhanden und eine grosse Anzahl von orangengrossen und sehr harten Drüsen am Hals fühlbar. Es wurden Röntgenstrahlen angewandt — und zwar 13 innere und 7 äussere Applicationen (zusammen ungefähr 7 Stunden Expositionszeit in 3 Monaten). Der Tumor ging erheblich an Grösse zurück und die Drüsen verschwanden fast ganz. Allgemeinbefinden gut.

S. Moritz: Carcinom des Kehlkopfs.

Präparate einer sehr ausgebreiteten Erkrankung.

Watson Williams: Radicaloperation eines Stirnhöhlen- und Oberkieferempyems.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte tuberculöse Laryngitis.

Seit 15 Monaten völlige Vernarbung nach galvanokaustischer Behandlung. Ein Versuch mit Sanatoriumbehandlung war ohne Erfolg gewesen; erst nach der Galvanokaustik trat Heilung ein. Nach 6maliger Anwendung derselben im Laufe von 7 Monaten war auffallende Besserung zu verzeichnen; jetzt übt Patient ohne Schwierigkeit seinen Beruf als Prediger aus.

Sir Felix Semon erwähnt einen Fall von Lupus, der 16 Jahre nach der galvanokaustischen Behandlung geheilt blieb.

St. Clair Thomson machte zahlreiche und tiefe Einstiche bis in das gesunde Gewebe; es wurden 15 Sitzungen gebraucht.

St. Clair Thomson: Ein zerlegter Schädel, an dem die Ausdehnung der Siebbeinzellen demonstrirt wird.

Man sieht, dass einige orbitale Siebbeinzellen, die sich nach aussen in die Orbita erstrecken, durch intranasale Proceduren nicht zu erreichen sind.

Westmacott ist der Ansicht, dass diese Zellen sehr wohl von der Nase aus eröffnet, drainirt und ausgespült werden können.

Lambert Lack sagt, das gelegentliche Vorkommen solcher Zellen sei kein Grund gegen die intranasale Inangriffnahme eines Siebbeinempyems. Sollte die Eiterung andauern, so würde natürlich eine Operation von aussen nothwendig werden.

William Hill plädirt für Beibehaltung der alten Bezeichnung „Frontoethmoidalzellen".

Paterson betrachtet diese Zellen als orbitale Recessus der Stirnhöhle.

Betham Robinson: Verwachsung des weichen Gaumens; Operation.

Es handelte sich um einen 17jährigen jungen Mann mit congenitaler Syphilis. Nach Ablösung des weichen Gaumens von der hinteren Pharynxwand wurden seine Ränder in eine Art Lederfutteral eingehüllt und dieses durch vier Seidenfäden in seiner Lage gehalten, von denen je einer durch jedes Nasenloch und zwei durch den Mund gingen und dann zusammengeknüpft wurden. Dieses wurde 14 Tage so gehalten. Das Resultat ist jetzt — 8 Monate nach der Operation — ausgezeichnet. Pat., der vorher fast taub war, kann wieder hören.

Lieven beschreibt einen Gummibeutel, den der Patient einführt und mit Luft aufbläht.

St. Clair Thomson: Kehlkopfzange zum Gebrauch bei der directen Laryngoskopie.

Jobson Horne: 1. Kehlkopfzange für directe Laryngoskopie.

Paterson beschreibt seine eigene Zange.

2. Kehlkopfkrebs.

Zwei Präparate, von im Jahre 1901 von Harvey ausgeführten Totalexstirpationen herrührend.

Stuart Low: 1. Fall von Nävus der Zunge bei einem 12jährigen Mädchen.

2. Fall von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Es war die vordere Wand entfernt worden. Um einer Entstellung vorzubeugen, war eine Silberplatte über die Knochenlücke eingelegt worden. Die Wunde heilte per primam und die Platte ist bisher — nach einem Monat — anstandslos getragen worden.

Dundas Grant: Tumor der Zunge, möglicherweise ein Dermoid oder eine accessorische Schilddrüse.

Grosse glatte Geschwulst auf dem hinteren Theil der Zunge bei einer 23jährigen Frau, besteht seit 5 Jahren.

Creswell Baber berichtet über einen ähnlichen Fall.

Westmacott hat in der Literatur der letzten 10 Jahre keinen Fall gefunden, wo Dermoidgewebe im Ductus thyreoglossus nachgewiesen war.

Herbert Tilley: Erweichtes Gummi des Nasenflügels.

---

e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, 1. November 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Alexander Tweedie: Mikroskopisches Präparat von pulsirender Geschwulst der mittleren Muschel, die zu häufigem Auftreten von gefahrdrohender Epistaxis Anlass gab.

Bei dem 54jährigen Patienten sass die einem diffusen Naevus gleichende Geschwulst am unteren Rand der mittleren Muschel. Nach Abtragung der Muschel blieb Pat. gesund und frei von Blutungen.

Pegler hält den Tumor für ein pulsirendes Angiom.

Scanes Spicer hat drei oder vier Fälle gesehen, wo er den Sitz der Blutung auch an der mittleren Muschel vermuthete.

Mc. Kenzie erinnert an einen von Wyatt Wingrave im vorigen Jahr publicirten Fall von naevoider Erkrankung der mittleren Muschel, aber ohne Blutung (Journal of Laryngology).

Donelan berichtet über einen Fall von secundärer Blutung nach Abtragung der mittleren Muschel, in dem sich ihm das Ruspini'sche Stypticum (Präparat von flüchtigem Maticoöl) von Nutzen erwies.

Dan Mc. Kenzie: Parese des rechten Stimmbandes bei einem 40jährigen Mann.

Pat., ein Sänger, empfand zuerst vor einigen Monaten Schwierigkeiten beim Singen hoher Töne. Man fand einige Beschränkung der Bewegungen des rechten Stimmbandes. Mittels X-Strahlen ergaben sich Zeichen von fibröser Veränderung in beiden Lungenspitzen.

In der Discussion (Furniss Potter, Clayton Fox, Nourse u. A.) finden die einen, dass das Stimmband sich normal bewegt, während die anderen gewisse Bewegungsbeschränkung zugeben.

II. Fistulöse Oeffnung in der Mittellinie des Halses, gerade über dem Zungenbein.

Pat., eine 39jährige Frau, hat an dieser Stelle, solange sie denken kann, eine Erhöhung; seit einem Jahr bestehen Schmerzen und eine wässerige Flüssigkeit wird abgesondert. Eine strangartige Schwellung, die nach hinten und oben zur Zungenbasis führt, ist fühlbar.

Watson Williams hält einen persistirenden Ductus thyreo-glossus vorliegend.

De Santi hält es für eine thyreo-glossale Cyste und empfiehlt Freilegung des Fistelganges.

Dundas Grant meint, der Fall weiche in Manchem von den typischen Fällen von Ductus thyreo-glossus ab; so besteht eine — bisher nicht erklärte — Schwellung unter dem Kinn.

St. Clair Thomson empfiehlt Spaltung des Zungenbeins.

Dundas Grant weist darauf hin, dass in solchen Fällen die Elektrolyse nicht zu verachten sei; er berichtet über einen Fall.

F. A. Rose: Hühnerknochen fast 48 Stunden im Kehlkopf eingekeilt.

Der Knochen wurde von einem 19jährigen Mädchen aspirirt; er lag in der Mittellinie, das eine Ende oberhalb, das andere unterhalb der Stimmbänder.

Harold Barwell: Fall von extremer Form von Septumverbiegung.

B. fragt an, wie die hochgradige S-förmige Verbiegung am Besten zu operiren sei.

Dundas Grant räth zur submucösen Resection.

Scanes Spicer und De Santi halten Operation für unnöthig.

Barwell: Fall eines Mannes, der vor 33 Monaten wegen tuberculöser Laryngitis thyreotomirt wurde.

23jähriger Mann, mit geringen Symptomen von Lungenerkrankung. Tuberkelbacillen nicht gefunden. Die Ventrikelschleimhaut war stark infiltrirt und verdeckte die Stimmlippen; es wurde die Thyreotomie gemacht, die erkrankten Theile ausgeschnitten, der Larynx ausgekratzt und mit Milchsäure geätzt. Der Kehlkopf wurde geheilt, auch eine Fistel, die zuerst bestanden hatte, ist jetzt geschlossen. Vorher hatte 15 Monate lang Aphonie bestanden.

de Havilland Hall, Horne und Barwell betonen die in solchen Fällen durch Sanatoriumbehandlung und Schweigecur erzielten glänzenden Erfolge.

Tilley und Hill führen Fälle von Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose an.

Pegler: Fall von Stimmbandtumor.

Man stimmt darin überein, dass es sich um ein ödematöses Fibrom handelt.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte Kehlkopftuberculose bei einer 40jährigen Frau, völlig vernarbt nach Galvanokaustik und Tracheotomie.

Potter: Tumor aus dem Nasenrachen eines 11jährigen Mädchens 15 Wochen nach Operation von adenoiden Wucherungen entfernt.

Abercrombie: Weitere Bemerkungen zu einem Fall von ausgedehnter Zellgewebsentzündung auf der rechten Halsseite (vorgestellt Januar und Februar 1907).

Es stellte sich heraus, dass die Epiglottis carcinomatös erkrankt war; die rechte Hälfte wurde entfernt.

De Santi meint, es handle sich um eine septische Infection der secundär nach maligner Erkrankung der Epiglottis carcinomatös infiltrirten Halsdrüsen.

Peters: Functionelle Parese des Gaumensegels und der Stimmbänder bei einer 23jährigen Frau.

Es bestand Tachycardie und Struma. Bei der Phonation trat keine Annäherung der Stimmlippen ein und das Gaumensegel bewegte sich nicht.

Frederic Spicer: Kehlkopferkrankung bei einem 40jährigen Mann.

Diagnose schwankt zwischen Syphilis und Tuberculose.

Scanes Spicer: Kehlkopferkrankung bei einem 28jährigen Mann (Fall zur Diagnose).

Clayton Fox: Anosmie, Trockenheit und Borkenbildung in der Nase bei einer 30jährigen Frau.

St. Clair Thomson: Resultate der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen der Killian'schen Operation und der Ogston-Luc'schen.

Jobson Horne: Fall von symmetrischer Neubildung an den Stimmbändern.

Seit der Kindheit besteht bei der 27jährigen Frau Heiserkeit. Von einem anderen Operateur war ein Tumor vom hinteren Drittel der linken Stimmlippe entfernt worden. Eine ähnliche Geschwulst sass auf dem entsprechenden Theil der rechten Stimmlippe.

Jobson Horne: Diffuse gummöse Infiltration der linken Nasenhälfte.

Rasche Besserung unter Hg.

Tilley: Fall von Nasensyphilis.

Acute septische Infection, die zu einer syphilitischen Affection hinzukommt.

Sitzung vom 6. December 1907.

Vorsitzender J. B. Ball.

Bericht der Geschwulstcommission.

Alexander Tweedie: Pulsirende Geschwulst der mittleren Muschel (November 1907).

Adenom; ein Theil der Geschwulst zeigt actives Wachsthum, ein Theil weist ausgesprochene Dilatation der Acini auf.

Potter: Fall von Atresie des Nasenrachens.

Es handelt sich um eine Narbenstenose; es wird die Frage der Operation erörtert.

Tilley: Narbenband im Kehlkopf.

Das Narbenband befand sich in der Gegend des linken Taschenbandes. Es handelte sich um tertiäre Syphilis.

Arthur Evans: Präparat von Kehlkopflepra.

Ausgesprochene Atresie des Vestibulum laryngis.

Tilley: Congestion des rechten Stimmbandes.

Sir Felix Semon sagt, dass Fälle von einseitiger chronischer Laryngitis sich gelegentlich ohne Zusammenhang mit Syphilis, Tuberculose oder Neubildung vorfinden.

Barwell: Symmetrische Knoten an den Stimmbändern eines 9jährigen Knaben.

Seit 2 Monaten Heiserkeit.

Tilley berichtet über einen ähnlichen Fall bei einem 11jährigen Knaben.

Clayton Fox vermuthet, dass diese jugendlichen Fälle auf das Vorhandensein von Resten der in der vorderen Commissur während des Embryonallebens vorhandenen Falte zurüchzuführen sei.

Sir Felix Semon hält diese Annahme für möglicherweise zutreffend. Einseitige Knötchenbildung im Kindesalter sei nicht ungewöhnlich und verschwinde in vielen Fällen während der Pubertät.

Lawrence Jones: Gummi des Kehlkopfs.

Es war unter Anwendung von Jodkali Erweichung des Gummis eingetreten; unter Injectionen von Hydrarg. benzoic. trat Besserung ein. Die Fluctuation verschwand im Laufe von 7 Tagen.

Stuart Low sah eine Heilung eines Gummis eintreten unter Anwendung von Antistreptokokkenserum.

Arthur Hutchinson: Doppelseitiges Sarkom des Oberkiefers.

15jähriger Knabe, bei dem seit 3 Jahren Nasenverstopfung besteht mit Deformation des Gesichts. In den letzten 2 Jahren hat sich der Zustand nur sehr wenig geändert. Es besteht eine bilaterale symmetrische harte Schwellung der Fossa canicae, Vereiterung des Alveolarfortsatzes und Depression der rechten Gaumenseite. Die Nebenhöhlen sind völlig verstopft und es ist eine mucopurulente Absonderung vorhanden. Durchleuchtung giebt Verdunkelung. Pathologische Diagnose: Spindelzellensarkom.

De Santi betrachtet den Fall, trotz der im Schnitt gefundenen sarkomatösen Elemente, für ein diffuses Osteom.

Jobson Horne spricht über unsere verhältnissmässig lückenhafte Kenntnisse betreffs der mikroskopischen Diagnose des Sarkoms.

Er hält den vorliegenden Fall für keinen malignen. Er verweist auf einen ähnlichen im St. Thomas-Hospiial befindlichen Schädel. Möglicherweise spiele eine intranasale Infection eine ätiologische Rolle.

Scanes Spicer verhält sich gleichfalls skeptisch gegenüber der Diagnose Sarkom. Viele Fälle verlaufen günstig nach verhältnissmässig kleineren Operationen.

Smurthwaite hat einen ähnlichen, jedoch einseitigeu Fall bei einem Kinde gesehen. Er glaubt, dass es sich hier um eine Leontiasis ossium handle.

Whitehead hat einen gleichen Fall bei einem 11 jährigen Kinde beobachtet. Die Geschwülste wüchsen nur proportional dem Wachsthum des Gesichts.

Watson Williams: Fall von Kehlkopfgeschwür (zur Diagnose).

Horsford: 1. Fibrom des Stimmbandes.

2. Neues Instrument zur Erleichterung der intralaryngealen Operationen.

Ein Nadelhalter, mittels dessen ein Faden durch die Epiglottis gezogen wird, um diese aus dem Gesichtsfeld zu räumen.

Chichele Nourse: Doppelseitige Stirnhöhleneiterung nach der Operation.

Gutes Resultat nach der Ogston-Luc'schen Operation.

Parker und Pegler: Zwei Fälle von blutenden Septumpolypen.

In beiden Fällen gingen die Symptome der Rhinitis sicca dem Auftreten der Geschwulst voraus; in dem einen bestand eine Deformation. In beiden Fällen sass die Geschwulst am Locus Kiesselbach.

Pegler: Adenom des Stimmbandes.

Dundas Grant: 1. Epitheliom der linken Tonsille, der Gaumenbögen und der Uvula.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

2. Chronische Oberkieferhöhleneiterung durch Operation vom unteren Nasengang behandelt.

Eröffnung mit Onodi's Instrument. Gutes Resultat.

Watson Williams spricht zu Gunsten der Operation von aussen.

Parker bevorzugt die intranasale Methode mit gutem Erfolge.

St. Clair Thompson spricht über die Vorzüge der Operation von aussen, besonders dass diese einen leichten Zugang zum Siebbein gestatte.

Ball fand bei der Operation eines vorher intranasal operirten Falles ein nekrotisches Knochenstück in der Höhle, das wahrscheinlich bei der vorhergehenden Operation hineingefallen war. E. B. Waggett.

---

f) Société Parisienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Sitzung vom 10. Januar 1908.

Vorsitzender: Mounier.

Cornet: Ueber die Möglichkeit der Bedeutung von Autointoxicationen, speciell der gastrointestinalen Autointoxication für die Aetiologie von gewissen Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen.

C. hat häufig bei chronischen congestiven Zuständen der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut gastrointestinale Autointoxicationen angetroffen und dadurch, dass er diese zum Verschwinden brachte, auch jene geheilt.

Cauzard erinnert daran, dass Jacquet Fälle mitgeteilt hat, wo eine Hydrorrhoea nasalis durch Diät zum Verschwinden gebracht wurde.

Mounier hat bereits in einer früheren Arbeit auf den Zusammenhang zwischen Autointoxication und Coryza hingewiesen.

Glover: Rechtsseitige Recurrenslähmung; Aneurysma des horizontalen Teiles des Aortenbogens.

Den plötzlichen Tod, der ohne Zerreissung des Aneurysmas eintrat, erklärt G. durch Veränderungen im N. phrenicus.

Guisez: Anwendung des Chloräthyls in sehr kleinen und fractionirten Dosen mittelst des Decolland'schen Apparates.

G. benutzt den Apparat seit einem Jahre zu grosser Zufriedenheit.

Mahu hält den Apparat für die Zwecke des Laryngologen für zu umständlich und empfiehlt die Maske von Camus.

Colimet: Sporotrichose des Kehlkopfes.

Es handelt sich um einen bereits von Beuermann, Brodier und Gaston in der Société médicale des hôpitaux vorgestellten Fall, in dem sehr reichliche Wucherungen auf der Epiglottis, den Aryknorpeln, den ary-epiglottischen Falten, den Taschenbändern vorhanden waren. Unter Jodbehandlung gingen die Wucherungen allmählich zurück.

Lombard: Grosses Osteom des Siebbeins auf para-nasalem Wege entfernt.

19 jähriger Mann. Erscheinungen linksseitigen Stirnhöhlenempyems mit Fistelbildung im inneren Augenwinkel. Völlige Nasenverstopfung, allmählich zunehmende Deformation des Gesichts. Es wurde eine Incision von der Mitte der Augenbraue bis zum Nasenflügel gemacht, ein Lappen gebildet, die Apertura pyriformis erweitert und die Oberkieferhöhle eröffnet, der Tumor, der gestielt dem Siebbein aufsass, entfernt. Heilung.

Perez: Bakterioskopie, Aetiologie und Prophylaxe der Ozaena.

Verf. hat einen Coccobacillus isolirt, der, in die Ohrvene von Kaninchen inoculirt, Anlass zu Schnupfen mit allmählicher Atrophie der Muscheln giebt. Dieser Bacillus existirt nur beim Hunde. P. führt 35 Fälle an von Uebertragung der Ozaena vom Hund auf den Menschen. A. Cartaz.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. Kümmel hat die Leitung der Heidelberger laryngologischen Klinik, welche der dortigen otologischen Klinik angegliedert worden ist, übernommen.

Generalarzt Dr. Landgraf, unser verehrter früherer Mitarbeiter, hat den Preussischen Kronenorden zweiter Klasse erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, März. 1909. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **M. Grossmann. Leopold Schrötter Ritter von Kristelli.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 5. 1908.*

Nachruf auf v. Schrötter. HECHT.

2) **A. Passow** (Berlin). **Otologie und Laryngologie.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 250. 1908.*

In diesem Vortrage, der bereits in den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft 1908, S. 19 erschienen ist, spricht P. für die Vereinigung der beiden Specialfächer. OPPIKOFER.

3) **Trétrôp** (Antwerpen). **Die Bekämpfung des Charlatanismus auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete. (La répression du charlatanisme en matière d'oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

An den auf dem internationalen Congress von Bordeaux anno 1904 gestellten und angenommenen Antrag erinnernd, schlägt der Autor mit Hinweis auf die bekannten auf Täuschung der Tauben berechneten Kniffe vor, dass man von jetzt an in jeder wissenschaftlichen Gesellschaft, belgischen, französischen, österreichischen. holländischen, deutschen, italienischen etc. eine permanente Commission einsetze als „Internationale Commission zur Bekämpfung des Charlatanismus", mit der Aufgabe, die besten Mittel und Wege für diesen Kampf zu studiren, und derselben die nöthige Macht und Credit zu gewähren, um nicht auf blosse Wünsche angewiesen zu sein, sondern practisch diese realisiren zu können. PARMENTIER.

4) **H. P. Mosher. Tuberculose der Nase, der Mundhöhle und des Rachens. (Tuberculosis of the nose, mouth and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Die Arbeit ist nach einem auf dem Internationalen Tuberculosecongress Washington (21. Sept. bis 12. Oct. 1908) gehaltenen Referat angefertigt. Verf. bespricht ausführlich das Symptomenbild, die Diagnose, besonders auch die Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis. LEFFERTS.

5) **Hennebert. Schwere Ohr- und Halscomplicationen im Verlaufe eines Scharlachs. (Complications otiques et pharyngées graves au cours d'une scarlatine.)** *La Presse méd. belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chir. Gesellschaft von Brabant berichtet H. über einen 7jähr. Knaben, bei welchem als Complication zu schweren anderen Erscheinungen von Seiten des Schläfen-Warzenfortsatzes und Felsenbeins ein Retropharyngealabscess auf der dem erkrankten Ohr entgegengesetzten Seite mit hoher Temperatursteigerung bis zu 41 ⁰ auftrat, die nach Eröffnung des Abscesses sofort wieder fiel und den Verlauf der Affection nicht weiter beeinflusste. BAYER.

6) **Gandier** (Lille). **Ueber die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie. (De la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 5. 1908.*

Das Resultat dieser auf persönlichen Beobachtungen beruhenden Studie ist für die Bier'sche Methode günstig. G. rühmt deren schmerzstillende und umstimmende Eigenschaften bei Larynxtuberculose, acuten Amygdalitiden und solchen mit Abscessbildung, bei gewöhnlichem Schnupfen, desgleichen bei der Ohrfurunkulose.

Ihr Einfluss kommt weniger zur Geltung bei den acuten Sinusitiden, den acuten Otitiden und Mastoiditiden. Nach seinem Dafürhalten ist mit Ausnahme gewisser specieller Fälle die Hyperämie mit elastischem Bande dem Gebrauch des mehr entleerenden als hyperämisirenden Saugapparates vorzuziehen. PARMENTIER.

7) **Mahu** (Paris). **Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie. (Emploi de l'abaisse-langue autostatique en Laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 6. 1908.*

Dieser Apparat verspricht in vielen Fällen unserer Specialität gute Dienste zu leisten, da wo der Ausfall der linken Hand, die den Zungenspatel zu halten hat, sich dem Operateur am meisten bemerklich macht. Der Apparat ist die Combination eines Zungenspatels mit einem Mundsperrer nach Art des von Doyen. Derselbe ist wenig complicirt, stark und bleibt gut sitzen. PARMENTIER.

8) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Die directe Bronchoskopie und Oesophagoskopie mit besonderer Rücksicht auf die in die Speiseröhre und oberen Luftwege gelangten Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1908.*

Folgende Fälle werden mitgetheilt: Entfernung eines Geldstückes von Dreimarkstückgrösse aus dem Eingange der Speiseröhre eines 7 Jahre alten Mädchens in der Chloroformnarkose. Entfernung eines künstlichen Gebisses aus der Speiseröhre, 19 cm weit von der oberen Zahnreihe. Entfernung eines Theiles einer Hammelrippe, welche 22 cm tief in der Speiseröhre eingekeilt lag. Ein Geflügelwirbel ist aus dem Eingange der Speiseröhre extrahirt worden. In 4 Fällen von Oesophagusstrictur nach KHO-Vergiftung sind Fleischstücke aus der Tiefe zwischen 20—40 cm entfernt worden. Zum Schlusse hat Verf. einen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernt: ein 6 Jahre altes Mädchen hat einen Kürbiskern aspirirt, nach Einführung

des 5 mm weiten Rohres packte v. G. den Kern und zog ihn gleichzeitig mit der Röhre zurück.

v. NAVRATIL-POLYAK.

9) T. H. Halstead. **Die Anwendung des Bronchoskops, Oesophagoskops und Gastroskops. (The use of the bronchoscope, oesophagoscope and gastroscope.)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Verf. berichtet über die Anwendung der direkten Untersuchungsmethoden in 14 Fällen. Er rühmt die Nützlichkeit der Methode nicht nur für die Entdeckung von Fremdkörpern, sondern auch für Diagnose und Behandlung sonstiger Erkrankungen der Trachea, Bronchien und des Oesophagus. Mittels der Gastroskopie ist es möglich, zwei Drittel bis drei Viertel der Magenwandung, in vielen Fällen auch den Pylorus zu besichtigen, letzteren zu sondiren, Ulcerationen local zu behandeln, Probestücke von Geschwülsten zu entnehmen etc.

LEFFERTS.

10) De Witt Shettin. **Die moderne Anwendung der allgemeinen Anästhesie in der Chirurgie der Mundhöhle, Nase und des Pharynx. (The modern administration of general anaesthesia in mouth, nose and pharynx surgery.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Verf. bespricht den Werth und die Technik der peroralen und der nasalen Tubage des Pharynx und der Kehlkopfintubation für die allgemeine Narkose.

LEFFERTS.

11) Du Bois (Genève). **Zwei neue Fälle von durch Röntgenstrahlen geheiltem Lupus tuberculosus. (Deux cas de lupus tuberculeux du nez, guéris par les rayons X.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 14. 1908.*

Frühere Fälle zeigten nach der Behandlung störende Telangiektasien. Nun wurden Strahlen von eindringenderer härterer Qualität No. 5 und 6 des Radiochronometers nur alle acht Tage angewandt, worauf bei einem Mann mit starkem Lupus der Nasenspitze und bei einer ähnlich erkrankten jungen Dame ohne jegliche Telangiektasie dauerhafte Heilungen mit weichen schönen Narben erzielt wurden. Beide Patienten stammen aus tuberculösen Familien. Im ersten Falle wurde in 18 Monaten und 30 Sitzungen zu 3 H. 93 H., bei letzterer in 38 Sitzungen zu 3 H. 117 H. verbraucht.

Verf. schliesst, dass die Behandlung mit Röntgenstrahlen neben, wenn nicht über Finsen zu stellen sei. Finsen hält er für besser geeignet bei stark lupösen Flächen, die für einen wirksamen Druck resistent genug sind, während er Röntgen bei sich rasch entwickelnden kleinen Lupusformen vorzieht und kleinere aber häufigere Dosen giebt.

JONQUIÈRE.

12) L. Grünwald (Bad Reichenhall-München). **Watte- und Gazekästchen für den Sprechzimmergebrauch.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Das in der Arbeit abgebildete Kästchen dient mit seinen vier getrennten Räumen zur Aufnahme der seiner Zeit von S. angegebenen Schachteln mit Penghawar Djambi zur Blutstillung sowie Vioformgazestreifen. Die beiden oberen Fächer münden vorne in je einen, durch eine aufstellbare lange Klappe verschlossenen

Schlitz und enthalten eine mit randgewebten Gazestreifen von 2,8 cm Breite und 10 m Länge belegte Papierrolle, sowie eine ebensolche mit je 5 cm breiten, kurzen Wattestreifen versehene.

Das Kästchen ist von der Firma Hermann Katsch, München ohne Füllung für 18 M., mit Füllnng für 20 M. zu beziehen. HECHT.

13) **P. Zanotti. Ein neuer aseptischer, auseinanderzunehmender Insufflator für Kehlkopf, Nase, Nasenrachen und Mundhöhle. (Un nuovo insufflatore aseptico scomponibile per la laringe, il naso, la cavità nasofaringea e la cavità boccale.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. VI. 1908.*

Beschreibung des von Eiselt in Gablonz angegebenen Pulverbläsers, der von Franz Ulrich (Kukau, Böhmen) fabricirt wird und über den in der Prager med. Wochenschrift, No. 10, 1908, eine Mittheilung steht. FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Hugo Löwy** (Karlsbad). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens.** *Mit 1 Abb. Münch med. Wochenschr. No. 29. 1908.*

L. empfiehlt Protargolbehandlung und zwar täglich ein bis mehrmals Application von stark mit 10 proc. Lösung imbibirten Wattetampons in die Gegend des vorderen Theiles der mittleren Muschel; nach einigen Minuten werden die Tampons wieder entfernt. Gleichzeitig lässt Autor Inhalationen von Menthol und Campher (4:2) mehrmals täglich 5—10 Minuten durch die Nase vornehmen. Die vom Verf. gewählte einfache Inhalationsmethode wird genau beschrieben und anschliessend entsprechende Allgemeinbehandlung und Prophylaxe erörtert. HECHT.

15) **Chr. Schmidt** (Chur). **Zur Therapie der acuten Katarrhe der Nase und des Rachens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Empfehlung des von der Gesellschaft „Wolo" in Zürich hergestellten „Coryzol", einer Combination von Ol. Eukalypti mit einem Formalinpräparat. Von dieser Emulsion werden 15—20 Tropfen auf das Taschentuch gesprengt und tief durch die Nase inhalirt. Die Wirkung ist prompt; der Schnupfen wird, wenn auch nicht immer coupirt, so doch bedeutend abgekürzt und wesentlich erleichtert.

HECHT.

16) **F. Stirnimann** (Luzern). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens. Bemerkung zur Arbeit von Dr. Löwy in der Münch. med. Wochenschr. No. 29.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Dem Autor gelang es stets bei 2stündiger 4—5maliger Inhalation von 3—4 in der Hohlhand verriebenen Lysoformtropfen seine Coryza zu coupiren. Die Wirkung beruht auf dem aus dem Lysoform sich entwickelnden Formalin. Das Verfahren ist zwar etwas schmerzhaft, dadurch, dass im Momente der Einwirkung der Formalindämpfe ein stark brennender Schmerz entsteht, dem sich eine abundante Secretion der Nase und Pharynx anschliesst, ist aber in seiner Wirkung ausgezeichnet. Es empfiehlt sich als Abortivkur für die Umgebung von Säuglingen, für die der grippale Schnupfen eine ernste Gefahr bedeutet, sowohl in bezug auf

Complicationen, als besonders auf die Ernährung, insbesondere für Kinderärzte. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. HECHT.

17) P. Hybord. **Ueber den Schnupfen beim Neugeborenen. (Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né.)** *Dissert. Paris 1907.*

Unter Beifügen von zahlreichen Krankengeschichten bespricht H. die verschiedenen Formen und den verschiedenartigen Verlauf der Rhinitis beim Neugeborenen. Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. OPPIKOFER.

18) Hartscheff. **Ueber Ozaena; Aetiologie, Bakteriologie. (De l'ozène; étiologie, bactériologie.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Nichts Neues. BRINDEL.

19) Joseph C. Beck. **Atrophische Rhinitis; Aetiologie und Behandlung. (Atrophic rhinitis; etiology and treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Verf. schliesst, dass man zwar häufig atrophische Rhinitis bei Sinuserkrankungen findet, dass diese aber nicht die Ursache jener sein kann, da man Sinusaffectionen auch so oft bei Hypertrophie der Schleimhaut findet. Die günstigen Resultate der Localbehandlung (Bier'sche Stauung, Paraffininjectionen, Massage etc.) beruhen auf der Erzeugung einer Hyperämie und Leukocytose und dadurch bedingte Umstimmung der Gewebe, möglicherweise auch in einer Restitution der Drüsen, der normalen Schleimhaut und selbst erectilen Gewebes.

EMIL MAYER.

20) W. A. Weightman. **Massage der unteren Muscheln bei atrophischer Rhinitis. (Massage of inferior turbinates in atrophic rhinitis.)** *The Postgraduate. August 1907.*

Verf. berichtet 4 Fälle. Die Patienten wurden angewiesen, dreimal am Tage die Nase gründlich mittels eines Sprays von Dobell'scher Lösung zu reinigen und mindestens eine halbe Stunde nach dem Gebrauch noch zu Hause bleiben. Die unteren Muscheln wurden zweimal wöchentlich mit einem an einer Sonde befestigten und in der Lösung getränkten Wattebausch massirt. Erhebliche Besserung im Laufe eines Monats. Die Schleimhaut näherte sich dem normalen Aussehen, das Riechvermögen kehrte zurück. Kleine innerlich gegebene Dosen von Jodkali scheinen die Behandlung zu unterstützen. EMIL MAYER.

21) Caboche. **Die Ozaena eine larvirte Form der Tuberculose. (L'ozène forme larvée de la tuberculose.)** *Annales des mal. de l'oreille. September 1907.*

Die Beziehungen zwischen Ozaena und Tuberculose sind lange bekannt; man nimmt an, dass durch die Ozaena das Entstehen der Tuberculose begünstigt wird. C. geht weiter und nimmt an, dass die Ozaena selbst eine Tuberculose sei. Unter 39 Ozaenakranken hatten 16 tuberculöse Antecedentien. Versuche, durch Ueberimpfung von Fragmenten ozaenakranker unterer Muscheln auf Thiere Tuberculose zu erzeugen, fielen negativ aus. BRINDEL.

22) **Clement F. Theisen. Eine Betrachtung über die Herdtheorie als eines ätiologischen Factors bei Ozaena. (A consideration of the „Herd" theory as an etiological factor in ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. sieht in der Herdtheorie die beste Erklärung für einen grossen Procentsatz der Fälle. Für die Herstammung des oft massenhaften Secretes lässt sich keine genügende Quelle angeben; denn in ausgesprochenen Fällen von Atrophie sind die Drüsen zu Grunde gegangen.

EMIL MAYER.

23) **Robert C. Myles. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis, einschliesslich der Ozaena. (The treatment of atrophic rhinitis including ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. hält für die Ursache der Erkrankung eine Infection, die nur vor dem Pubertätsalter auf der Schleimhaut einen geeigneten Boden findet. Die Patienten sollen vor allen Dingen angehalten werden, das Secret zu entfernen, bevor es zur Borkenbildung kommt. Bei nachweisbaren Sinuserkrankungen sollen diese operirt werden.

EMIL MAYER.

24) **George L. Richards. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The treatment of atrophic rhinitis.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es soll in jedem Fall nach sorgfältiger Reinigung der Nasenschleimhaut von anhaftenden Borken und Secret auf etwa bestehende Nebenhöhlenerkrankungen gefahndet werden. Verf. hat solche nur selten bei atrophischer Rhinitis angetroffen. Es wird Ichthyol oder Jod oder eine milde Silberlösung local applicirt. Der Patient spült sich täglich mehrere Male die Nase mit einer schwachen alkalischen Lösung aus. Innerlich werden Tonica gegeben. Unter dieser Behandlung hört die Borkenbildung auf und der Patient fühlt sich viel wohler.

LEFFERTS.

25) **Clarence C. Rice. Atrophische Rhinitis und Ozaena. (Atrophic rhinitis and ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die erregende Ursache ein Mikroorganismus ist; als prädisponirend kommen Heredität und eine angeborene Schwäche der Schleimhaut in Betracht. Zu den zahlreichen Störungen, die zur Entstehung einer atrophischen Rhinitis beitragen, ist in erster Linie eine doppelseitige Sinusitis mit Influenza zu rechnen. Dazu kommen ferner ungünstige hygienische Lebensbedingungen.

EMIL MAYER.

26) **D. Braden Kyle. Die Pathologie der atrophischen Rhinitis und Ozaena. (The pathology of atrophic rhinitis with ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es giebt sowohl für die Atrophie der Schleimhaut, wie für den Fötor keinen einheitlichen ätiologischen Factor. Es kann primär oder secundär zu der Atrophie eine Sinuserkrankung sich hinzugesellen, es kann ein atrophischer Zustand auf eine einfache chronische Entzündung folgen, es kann sich um eine Folge von mangelhafter Ernährung aus anderen Ursachen oder schliesslich um wirklichen atrophischen Zustand handeln. Verf. erkennt keine specifischen Bacterien für die Erkrankung an.

EMIL MAYER.

27) **Lantmann** (Paris). **Ist die gemeine Ozaena eine Infectionskrankheit?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 421. 1908.*

L. bezweifelt, dass der von Perez gefundene „Coccobacillus foetidus ozaenae" Ursache der Ozaena sei. Nach der Beschreibung, die Perez selbst über seinen Bacillus giebt, besteht nach L. kein wesentlicher Unterschied (im Culturverhalten, in den Wachsthumsbedingungen, in der Färbbarkeit nach Gram) zwischen dem Perez'schen Coccobacillus und dem Abel'schen Bacillus, der ja heute nicht mehr als Erreger der Ozaena angesehen wird. Auch ist es sehr merkwürdig, dass der Coccobacillus von Perez, in die Ohrvene des Kaninchens injicirt, sich einzig und allein auf die Schleimhaut der Nase und sogar speciell auf die untere Muschel localisirt, wenigstens ist in der ganzen Bakteriologie kein einziger Mikrobe bekannt, der ein solches elektives Vermögen besitzen würde. Wenn Perez häufig Ozaena in ein und derselben Familie findet, so ist damit noch nicht erwiesen, dass eine Infection vorliegt.

OPPIKOFER.

28) **M. Steiner** (Budapest). **Die Entwicklung der Lehre von der Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1908.*

Verf. berichtet über die Untersuchung von 34 Fällen, welche er auf der v. Navratil'schen Klinik ausführte. Er fand, dass die Ozaena vorwiegend bei Frauen vorkommt und in 53 pCt. der Fälle schwere und charakteristische Veränderungen des Gesichtstypus vorhanden sind. Die Atrophie der mittleren Muscheln ist kein charakteristisches Symptom, dagegen ist die Atrophie der unteren Muscheln sehr häufig. In 12 Fällen war bei den Kranken oder ihren nächsten Angehörigen Tuberculose, Lues und Skrophulose nachweisbar. Nebenhöhleneiterung war 5 mal vorhanden. Verf. unterscheidet 4 Formen der Ozaena: 1. Die Fränkel'sche Form, welche wahrscheinlich congenital ist, 2. die rein mechanisch entstandene Form in Folge von Druck oder Dilatation, 3. Die Grünwald'sche Form in Folge von Nebenhöhlen- oder Herdeiterungen, 4. zu letzteren gehört die durch luetische Knochenprocesse verursachte Form.

v. NAVRATIL-POLYAK.

29) **L. Wolff** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Beziehung der Rhinitis chron. atroph. zur Diphtherie. Versuch der therapeutischen Verwerthbarkeit der Pyocyanase bei Ozaena.** *Med. Klinik. 33. 1908.*

Bei dem auffallend häufigen Vorkommen echter Diphtheriebacillen bei der genuinen Ozaena glaubte W. einen Versuch mit Pyocyanase zur Behandlung der Ozaena machen zu sollen, umsomehr als dieses Mittel nicht nur Diphtheriebacillen, sondern alle möglichen anderen Bacillen und Kokken (deren Reichthum in der Ozaenanase sehr gross ist) zu vernichten imstande ist. Es ergab sich, dass zwar eine Besserung der Ozaena während der Pyocyanasebehandlung zu erzielen war, dass aber die Diphtheriebacillen in jenen Fällen, wo sie vorher nachweisbar waren, auch nach der Anwendung nicht verschwanden.

SEIFERT.

30) **F. A. Rose. Membranöse Rhinitis. (Membranous rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Februar 1908.*

Verf. meint, Kinder mit membranöser Rhinitis müssen isolirt werden, wie wenn es sich um wahre Diphtherie handle und müssen Antitoxininjectionen erhalten.

Gewaltsame Entfernung der Membranen ist zu widerrathen. Obwohl es sich um eine milde Form der Diphtherie handle und die Affection als solche zu behandeln sei, könne durch Uebertragung auf andere Personen keine schwere Diphtherie, sondern nur eine gleiche Rhinitis oder eine Angina mit kleinen Exsudatflecken entstehen.

LEFFERTS.

31) Le Cousse. **Die hypertrophische Coryza; ihre Behandlung. (Le coryza hypertrophique; son traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Als gebräuchlichste Behandlungsmethode wird die Conchotomie angeführt.

BRINDEL.

32) Thooris. **Beobachtung eines Todesfalls nach Cauterisation der unteren Muscheln. (Observation d'un cas de mort consécutif à une cauterisation des cornets inférieurs.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 2. 11. Januar 1908.*

Am 18. Tage nach der Cauterisation trat eine Blutung aus der unteren Muschel auf. Wiederholte Tamponade der Nasenhöhlen verhinderte nicht das Auftreten neuer Blutungen; zwei Tage später erfolgte der Exitus.

BRINDEL.

33) C. P. Linhard. **Eine submucöse Operation zur Verkleinerung hypertrophischer Muscheln. (A submucous operation for the reduction of hypertrophied turbinals.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Die Operation, deren Technik genau beschrieben wird, beruht darauf, dass durch submucöse Durchtrennung der erweiterten venösen Räume und infolge nachfolgender Adhäsionen zwischen Muschelknochen und dem Gewebe eine Schrumpfung des letzteren eintritt.

EMIL MAYER.

34) F. E. Neres. **Galvanische Muschelpunction bei Hypertrophie und Schwellungszuständen in der Nase. (Voltaic turbinal puncture for the relief of intumescent and hypertrophied rhinitis.)** *Journal of the American Medical Association. 26. October 1907.*

Die positive Elektrode wird am Arm des Patienten befestigt, am negativen Leitungsdraht ist eine dünne goldene Nadel befestigt, diese wird in das vordere Ende der Muschel eingestochen, dann wird der Rheostat eingeschaltet und nach circa 15 Secunden die Nadel allmählich bis zur gewünschten Länge in den Muschelkörper eingestochen; dann bleibt die Nadel 3 Minuten lang bei 3 Milliampère an dieser Stelle. Bevor die Nadel herausgezogen wird, stellt man den Rheostaten zurück.

EMIL MAYER.

35) Bresgen. **Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung der Verschwellung des Naseninnern.** *Halle a. S. 1908.*

B. berichtet, dass er, angeregt durch die Arbeiten von Kafemann und Kuttner über die Elektrolyse, dieses Verfahren bei Verschwellungen des Naseninnern mit Erfolg überall dort angewendet habe, wo ihm eine besonders schonende Behandlung geboten schien. Zu ganz befriedigenden Resultaten ist es erst gekommen, seit er besonders lange Nadeln mit einem ganz besonders leichten Kabel (erhältlich bei Pfau, Berlin) benützt. Die mittlere Muschel ist zur elektrolytischen Behandlung nicht recht geeignet. An der unteren Muschel steigert er den Strom

allmählich auf 20—25 Milliampère, lässt ihn 8—10 Minuten durch die Doppelnadel hindurchgehen, wechselt dann den Strom und lässt ihn nochmals in gleicher Höhe die gleiche Zeit über einwirken. — Diese Ausführungen gewinnen noch besonderes Interesse, wenn man damit die Angaben der Gynäkologen vergleicht, welche bei Dymenorrhoea nasalis die Elektrolyse als besonders wirksames und besonders tiefgehendes Heilmittel der Galvanokaustik gegenüber rühmen: um diese tiefgreifende Wirkung zu erzielen, lässt der eine 10 Milliampère einige Minuten lang wirken, der andere lässt sich sogar mit Stromstärken von $1^1/_2$—2 Milliampère begnügen. — Diese Angabe allein sollte genügen, um zu beweisen, dass der Effect, welchen unsere neuen Specialcollegen erreichen, nicht somatischer, sondern nur psychischer Natur sein kann.

A. KUTTNER.

36) **Elemir von Tövölgyi** (Budapest). **Ein neues Operationsverfahren bei Hypertrophie der Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. p. 363.*

Eine besondere Handstellung, welche Verf. durch Beschreibung und Abbildung zu veranschaulichen sucht, ermöglicht es ihm, mit wenigen Schnitten der geraden Scheere in einfacher Weise jede Muschel abzutragen.

F. KLEMPERER.

37) **James F. Leys. Rhinopharyngitis mutilans (destructive ulcerirende Rhinopharyngitis); ein Problem der Tropenpathologie. (Rhinopharyngitis mutilans [destructive ulcereus rhinopharyngitis]; a problem in tropical pathology.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1907.*

Verf. weist auf die Häufigkeit der Affection in gewissen Gegenden hin: in Guam 1—$1^1/_2$ pCt., im Dominicadistrict 3 pCt. bei manchen Völkerschaften, die ihm bekannt sind. Ein vereinzelter Fall der Art in Europa würde wahrscheinlich für Tuberculose oder tertiäre Syphilis gehalten werden. Die Krankheit scheint infectiöser Natur zu sein: sie scheint local, nicht constitutionell zu sein und zwar vermuthet Verf., dass sie eine Pilzkrankheit sei. Die serpiginöse und destruirende Geschwürsbildung des Nasenrachens ist gewöhnlich begrenzt und hat keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

Die Erkrankung beginnt in den Weichtheilen, geht später aber auch auf den Gaumenknochen und das Nasenseptum über und zerstört diese schliesslich ganz. In diesem Stadium macht die Krankheit gewöhnlich von selbst Halt; das Septum ist dann meist verloren gegangen, der Nasenboden eingesunken, Nase und Mundhöhle bilden eine grosse Höhle. Verf. glaubt nicht, dass die Krankheit eine Späterscheinung irgend einer constitutionellen Erkrankung sei.

LEFFERTS.

38) **M. Mich. Wolf** (Würzburg). **Ueber seltene Localisation von Mycosis leptothricia (Nasenrachenraum).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 512. 1907.*

Beschreibung eines Falles von Mycosis leptothricia des Nasenrachens (mit Abbildung). Die Behandlung mit Lugol'scher Lösung führte ebensowenig zur Heilung wie das Curettement des Nasenrachens.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

39) **Francis R. Packard. Ophthalmologische Symptome latenter Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen. Bericht einschlägiger Fälle. (Ophthalmological manifestations of latent diseases of the nose and its accessory sinuses. Report of illustrative cases.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

40) **Rodero. Conjunctivitis nasalen Ursprungs. (Conjunctivitis de origen nasal.)** *Boletin del Colegio de médico de Couses. August 1907.*

Nichts Neues. TAPIA.

41) **Colman W. Cutler. Beziehungen vom Auge zur Nase nebst einigen allgemeinen Betrachtungen. (Relations of eye to nose with certain general considerations.)** *N. Y. Medical Record. 17. August 1907.*

Die allgemeinen Betrachtungen beziehen sich im Wesentlichen darauf, dass in manchen Fällen den Patienten nicht durch die Behebung der Augen- resp. Nasensymptome fundamental geholfen ist, sondern dass die Neurasthenie, die oft diesen Beschwerden zu Grunde liegt, nach allgemein klinischen Grundsätzen behandelt werden muss. LEFFERTS.

42) **O. A. Griffin. Augensymptome nasalen Ursprungs. (Ocular symptoms of nasal origin.)** *Journal of the Medical American Association. 9. November 1907.*

Verf. bespricht die mit Nasenleiden in Zusammenhang stehenden Augenerkrankungen und weist auf die Nothwendigkeit hin, jede Augenuntersuchung durch eine Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu ergänzen.

EMIL MAYER.

43) **Richard H. Johnston. Drei Jahre andauernder Exophthalmus durch Entfernung der mittleren Muschel geheilt. (Exophthalmos of three years' duration cured by removal of the middle turbinated body.)** *The Ophthalmic Record. Juli 1908.*

Die Krankengeschichte wies auf einen Zusammenhang mit der Nase hin. Immer wenn ein acuter Schnupfen entstand, war der Exophthalmus mehr ausgesprochen; mit dem Nachlassen der „Erkältung“ kehrte das Auge zu seiner früheren Stellung zurück, die aber nie ganz normal war, wie die des anderen Auges. September 1907 acquirirte Pat. eine besonders schwere Erkältung; nach ihrem Aufhören nahm der Exophthalmus jedoch nicht ab, sondern wurde im Gegentheil stärker.

Verf. rieth zur Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel, um eine leichtere Drainage der Stirnhöhle zu ermöglichen. Nach der Abtragung entleerte sich ungefähr ein halber Theelöffel grünlichen, faulig riechenden Eiters. Der Exophthalmus nahm allmählich ab und nach 6 Wochen war das Auge völlig normal. EMIL MAYER.

44) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei sympathischer Ophthalmie.** *Med. Klinik. 18. 1908.*

Ausser einem schon früher (1888) mitgetheilten Falle von sympathischer Ophthalmie hat Z. noch zwei weitere beobachtet, in welchen die Behandlung von Nasenerkrankungen wesentliche Besserung (im ersten Falle Heilung) erzielte.

SEIFERT.

45) **Adam** (Berlin). **Ueber den Zusammenhang zwischen Auge und entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Uebersichtsreferat.

SEIFERT.

46) **W. Koster** und **P. Th. L. Kan** (Leiden). **Eine neue Behandlungsweise einiger chronischer Krankheiten der Thränenwege. (Een nieuwe behandelingswyze van eenige chronische ziekten der traanwegen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 649. 1907.*

Die Methode bezweckt eine permanente Drainage durch den Thränennasenkanal mittelst eines doppelten Seidenfadens. Die Technik ist schwierig. Der Kanal wird vom Thränenpunkt aus sondirt und durch die Hohlsonde hindurch eine äusserst feine Kupferdrahtschlinge als Mandrin hindurchgeführt. Im unteren Nasengang wird dieselbe gefasst und ein Seidenfaden an demselben befestigt und der letztere sodann nach oben durch den Canal gezogen. Auf den Backen werden dann die beiden Enden des Fadens zusammengeknüpft. Der Faden bleibt wenigstens 3—4 Wochen liegen, bei alten Stenosen und Thränensackleiden noch länger; bei Dacryoblennorrhoe und Dacryocystitis so lange, bis alle Schleimabsonderung gänzlich aufgehört hat. Der Faden wird mittelst 3proc. Chlorkalilösung regelmässig gereinigt. Eine kleine Serie Krankengeschichten illustrirt die guten Resultate der neuen Methode.

H. BURGER.

47) **J. Fejér** (Budapest). **Fall von Erweiterung des Thränennasenganges.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1908.*

Pat. ist im Stande bei zugehaltener Nase Luft durch den linken Thränennasengang zu pressen; die Luft bricht durch den Thränencanal des unteren Lides mit pfeifendem Geräusch durch. In der Nase ist eine Verbiegung der Scheidewand nach rechts und ausserdem Hypertrophie der unteren Muscheln nachweisbar.

v. NAVRATIL-POLYAK.

48) **Onodi. Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens mit Augenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 20, 21, 22. 1908.*

Referat des Autors am Wiener internationalen laryngologischen Congresse April 1908.

v. NAVRATIL.

49) **A. Onodi** (Budapest). **Das Verhältniss der Nasennebenhöhlen zum Sehnerv und zu den Augennerven.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet". No. 2—3.*

Vier neue Präparate, welche in Verf.'s Monographie nicht mitgetheilt sind, werden diesmal demonstrirt. Die Befunde dienen zur Bestätigung zu O.'s bereits bekannten Ansichten.

v. NAVRATIL-POLYAK.

50) **M. Paunz** (Budapest). **Die rhinogene Sehnervenentzündung.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet". No. 2—3.*

Sechs Fälle von Erkrankung der Sehnerven werden mit Nasenleiden in Zusammenhang gebracht. In vier Fällen handelte es sich um Eiterung des Siebbeins und der Keilbeinhöhle, in weiteren zwei Fällen wird als Ursache der Neuritis retrobulbaris einmal Schnupfen, einmal aber Hypertrophie der mittleren Muschel angegeben. In sämmtlichen Fällen ist operativ eingegriffen und zumindest sind die Siebbeinzellen eröffnet worden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **S. Citelli. Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinhöhlenempyem. (Nevrite ottica retro-bulbare per sinusite sfenoidale.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. Februar 1908.*

Bei einer 35jährigen Frau trat, nachdem sie bereits seit 2 Jahren an linksseitigen Nebenhöhlensymptomen gelitten hatte, die von verschiedenen Aerzten als Erscheinungen von Syphilis betrachtet worden waren, völliger Verlust des Sehvermögens auf dem linken Auge ein, ohne dass am Bulbus irgend welche Veränderungen auffindbar waren. Die Eiterabsonderung aus der Nase und Kopfschmerzen dauerten an, auch hatte sich linksseitige totale Anosmie herausgebildet.

Als Verf. die Patientin vier Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome sah, constatirte er ein linksseitiges Keilbeinhöhlenempyem mit freien Knochensequestern in der Höhle, von denen der eine fast $2^{1}/_{2}$ cm lang war. Nach Abtragung der vorderen Wand, Entfernung der Granulationen, Pinselungen der Schleimhaut mit Jodjodkalilösung und Borsäureinsufflationen sistirte die Eitersecretion.

Die Untersuchung des linken Auges ergab totale Opticusatrophie.

FINDER.

52) **John W. Murphy. Sehstörungen, die eine causale Beziehung zu einer Erkrankung der Keilbeinhöhle zeigen. Nebst Bericht über einen Fall und Durchschnitten, die den Zusammenhang zwischen diesen Höhlen demonstriren. (Visual disturbances showing a causal relation to disease in the sphenoidal sinuses. With the report of a case together with sections demonstrating the relations existing between the cavities.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Es bestand eine ausgedehnte Nekrose des Siebbeins auf der rechten Seite. In der sicheren Erwartung eine Erkrankung der rechten Stirnhöhle zu finden, wurde diese eröffnet, jedoch vollkommen gesund befunden. Nach Abtragung der mittleren Muschel und Ausräumung des Siebbeins wurde die Highmorshöhle von der Fossa canina aus eröffnet und voller stinkenden Eiters und nekrotischen Knochens gefunden. Nun konnte auch die Keilbeinhöhle besichtigt werden; beim Versuch, ihre vordere Wand zu entfernen, stellte sich heraus, dass die ganze rechte Hälfte des Keilbeins nekrotisirt und beweglich war, was man durch Palpation vom Pharynx aus leicht constatiren konnte. Es wurden mehrere grosse Stücke des nekrotischen Knochens entfernt, jedoch aus Furcht, den Sinus cavernosus zu verletzen, nicht alles.

Der Geisteszustand, der vorher nicht normal gewesen war, besserte sich nach der Operation. Die Wunde der rechten Stirnhöhle heilte per primam; doch öffnete

sich der Patient nach drei Wochen durch constantes Reissen an der Narbe die Wunde wieder und die Stirnhöhle wurde inficirt. Gleichzeitig stellte sich Absonderung aus dem rechten Ohr ein. Es traten erschöpfende Diarrhoen, Bronchitis und schliesslich 5 Wochen nach der Operation der Exitus ein.

Bei der Section fand man Eiter in der Stirnhöhle, entzündlichen Zustand des Orbitalgewebes, Nekrose der rechten vorderen und hinteren Siebbeinzellen, der rechten Keilbeinhöhle und der linken hinteren Siebbeinzellen, Nekrose des Orbitalbodens und völlige Nekrose der hinteren und seitlichen Antrumwände. Von der Keilbeinhöhle waren nur noch Trümmer vorhanden. Es bestand eine directe Communication zwischen der rechten mittleren Schädelgrube und dem Pharynx. Das rechte Mittel- und Innenohr zeigte sero-purulente entzündliche Veränderungen. Die Dura war in der rechten mittleren Schädelgrube verdickt. Ueber der rechten Hirnhälfte bestand ausgesprochene Leptomeningitis.

EMIL MAYER.

53) **Christian R. Holmes. Die Beziehung der krankhaften Veränderungen in den Nebenhöhlen zu Augenkrankheiten. (The relation of pathological changes in the accessory nasal cavities to diseases of the eye.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. bespricht das von der Nase ausgehende Erysipel, Tuberculose, Syphilis, die malignen Tumoren, die von den Nasennebenhöhlen aus auf die Orbita übergreifen und bei denen er übrigens jede Operation für hoffnungslos hält und in Zukunft als möglicherweise etwas aussichtsvoll nur die Belton Massey-Methode gebrauchen will, ferner die Nasenrachenfibrome, die bisweilen in die Sinus hineinwachsen und zur Entstehung einer eitrigen Sinusitis Anlass geben.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Variot** und **Bonniot. Congenitaler Hemispasmus der Unterlippe. (Hémispasme congénital de la lèvre inférieure.)** *Progrès médical. 1908.*

Verf. demonstriren zwei kleine Kinder, die eine Abweichung der Unterlippe zeigen, das eine nach links, das andere nach rechts; die Erscheinung wurde besonders deutlich sichtbar, wenn man eine starke Contraction der Muskeln hervorrief, indem man z. B. die Kinder zum Weinen brachte. Es bestanden Modificationen in der elektrischen Erregbarkeit der rechten resp. linken Hälfte des M. orbicularis, im M. triangularis labiorum, im M. quadratus. Es handelte sich um keine Facialislähmung, sondern um eine congenitale Affection, um eine wirkliche Disharmonie in der Musculatur der Unterlippe.

A. CARTAZ.

55) **Duhot. Zwei Fälle von diffusem hypertrophischen Syphilom der Unterlippe, geheilt durch Injectionen mit grauem Oel. (Deux cas de syphilome hypertrophique diffus de la lèvre inférieure guéris par les injections d'huile grise.)** *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles. No. 10. 1908.*

Der erste Fall betrifft einen 40jähr. Mann, der vor 13 Jahren sich syphilitisch inficirt hatte und bei dem die specifische Behandlung in den ersten Jahren sehr

vernachlässigt worden war; im 5. Jahre seines Leidens entwickelte sich ziemlich rasch eine so enorme Hypertrophie der Unterlippe, dass diese in ihrem Transversaldiameter und ihrer Dicke verfünffacht war und ein monströses Aussehen darbot. Die Zunge war ebenfalls voluminöser und befand sich im Zustande einer sklerösen Form tertiärer Glossitis, welche dem Kranken das Gefühl einer Zunge aus Holz gab; dieselbe war tief gespalten und in zwei Lappen getheilt, wie eine mit einem Faden eingeschnürte Wurst. Eine vom Autor eingeleitete intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel (1. Cur mit 12, 2. Cur mit 6 Injectionen zwischen 14. Oct. 1907 und 6. August 1908) reducirte die Affection darart, dass die Lippe das gleiche Volumen wie vor der Krankheit hatte. An der Zunge sind nur noch einige harte Knoten zurückgeblieben und leukoplastische Stellen, welche D. ebenfalls zum Verschwinden zu bringen hofft.

Der zweite Fall betrifft einen Patienten, welcher seine Syphilis anno 1904 am Congo geholt hatte; die Proportionen dieser Unterlippenhypertrophie waren bedeutend geringer als im vorigen Fall. Die Zunge war beinahe verschont, aber am Gaumen befand sich ein diffuses hypertrophisches Syphilom, das diesen ganz ausfüllte. Patient hatte schon ohne Erfolg 300 Quecksilbereinreibungen bekommen bevor er zu D. kam. Eine intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel in 5 Absätzen vom 6. Dec. 1905 bis 15. Oct. 1907 führte die vollständige Heilung herbei, die seit 3 Jahren anhält.

BAYER.

56) **J. Parassin** (Budapest). **Fall von schwerer Stomatitis gangraenosa toxica, entstanden nach der Wismuthpastebehandlung von Beck.** *Budapesti orvosi ujság. No. 48. 1908.*

Eine 46 Jahre alte Frau mit rechtsseitigem Pyothorax wurde zuerst der Thorakotomie unterworfen, drei Monate später wurde die Pleurahöhle mit 180 g Wismuthpaste ausgefüllt. Da die Paste sich mit dem Eiter allmählich entleerte, wurde in den nächsten 23 Tagen noch 180 + 60 + 20 + 20 Paste eingeführt, worauf vollständige Heilung erfolgte. Elf Tage nach der letzten Injection traten hohes Fieber und Halsschmerzen auf, vorläufig ohne objectiv nachweisbare Veränderungen. Zwei Tage später schwollen die submaxillären Drüsen stark an, der submentale Theil des Halses war bretthart infiltrirt, die Athemluft stank penetrant. Es entstand eine Stomatitis mit bläulich-grauer Verfärbung der Schleimhaut, später traten Geschwüre im Munde auf und eine geringe Besserung liess 10 Tage auf sich warten. Das weitere Schicksal des Patienten ist unbekannt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

57) **Gambon. Schanker am Scrotum und Zahnfleisch. (Chancres scrotal et gingival.)** *Lyon médical. 19. Januar 1908.*

Der Schanker der Mundhöhle sass an der Oberlippe im Niveau der mittleren oberen Schneidezähne und des rechten Dens caninus.

BRINDEL.

58) **Nielsen** (Kopenhagen). **Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweis von Spirochaeta pallida ungefähr 9 Jahre nach der Infection.** *Monatsschr. f. pract. Dermatol. 2. 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

SEIFERT.

59) **J. Guszman** (Budapest). **Die Leukoplakie der Schleimhaut der Mundhöhle. Eine klinisch-pathologische Studie.** *Orvosi Hetilap. No. 36—38. 1908.*

Verf. hat bei 94,8 pCt. des Materials eine luetische Infection feststellen können. Dann hat er die Untersuchungen auch auf an Paralysis progressiva leidende Kranke ausgedehnt und hat hier unter 147 Kranken 67 Fälle (45,57 pCt.) von Leukoplakie gefunden. Die Leukoplakie ist ein luetisches Product, in ihrer Entstehung spielen aber Lues und Tabakrauchen eine gleich wichtige Rolle. Auch der Zusammenhang von Leukoplakie und Carcinom, sowie die Histologie und Therapie der Krankheit werden in diesen sehr lesenswerthen Studien eingehend besprochen. v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **Walter Schmidt** (Allenstein i. Ostpr.). **Ein eigenartiger Fall von Zahnwurzelcyste (periostale Cyste des Oberkiefers).** *Münchener med. Wochenschr No. 45. 1908.*

Die von einer Augenzahnwurzel ausgehende vereiterte Cyste war unter Bildung einer persistirenden Fistel durch die äussere Haut auf der Höhe der linken Nasolabialfalte durchgebrochen. HECHT.

61) **Pallares** (Madrid). **Zahncyste, ein Sarkom vortäuschend. (Quiste dentaric simulando un sarcoma.)** *Revista ibero-americana di ciencias médicas. No. 41.*

Um in zweifelhaften Fällen einen Irrthum zu vermeiden, mache man die Radiographie. Die Cysten sind hell und umgrenzt, das Sarkom ist völlig dunkel. TAPIA.

62) **Delsaux. Ueber das Adamantinom. (Sur l'adamantinome.)** *La Presse méd. belge. No. 48. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt D. einen 33jährigen Kranken vor, bei welchem sich vor 10 Jahren an der Stelle, an welcher der linke untere Weisheitszahn hätte durchbrechen sollen, ein kleiner schmerzloser erbsengrosser Tumor sich entwickelte. Nach 3—4 Jahren war derselbe haselnussgross und musste einige Jahre später, weil er das Kauen behinderte, entfernt werden, kam aber wieder. Jetzt ist er truthenneneigross und seine mikroskopische Untersuchung durch Steinhaus ergab ein wirkliches Adamantinom, das der Autor zu operiren und zur Heilung zu bringen sich vorgenommen hat. BAYER.

63) **J. Sordoillet. Ueber einige Oberkiefertumoren dentalen Ursprunges. (De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur, d'origine alvéolo-dentaire.)** *Dissert. Nancy 1907.*

S. giebt hauptsächlich unter Berücksichtigung der französischen Literatur ein ausführliches Bild über die Kiefercysten. Bei grossen Kiefercysten sucht Verf. die Ausheilung dadurch abzukürzen, dass er das Verfahren von Jacques anwendet: Zuerst wird die Cystenwand exstirpirt, dann der Hohlraum in breite Communication mit der gesunden Kieferhöhle gebracht und zum Schluss der Schleimhautschnitt in der Fossa canina vernäht. OPPIKOFER.

64) **Claes** (Brüssel). **Klinischer Fall von Kiefersarkomrecidiv, geheilt durch das Cancroïdin. (Un cas clinique de sarcome maxillaire récidivé guéri par la cancroïdine.)** *La Presse méd. belge. No. 42. 1908.*

Fall von Recidiv eines Oberkiefersarkoms bei einer 62jährigen Frau, geheilt durch Injectionen von Cancroidin des Dr. Schmidt. Die Heilung datirt vom Monat September vorigen Jahres her.

BAYER.

65) **William H. Potter. Ein Fall von Epidermoidcarcinom des Unterkiefers. (A case of epidermoid carcinoma of the inferior maxilla.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Verf. benutzt den mitgetheilten Fall, um zu zeigen, dass es für den Zahnarzt nothwendig ist, mit sämmtlichen krankhaften Veränderungen, die in der Mundhöhle vorkommen können, vertraut zu sein.

EMIL MAYER.

66) **Gorls. Partielle Resection des Unterkiefers mit en bloc-Exstirpation der darunter liegenden Lymphdrüsen. (Resection partielle du maxillaire inférieur avec exstirpation en bloc des ganglions sousjacents.)** *Annales de la Soc. méd.-chir. de Brabant. No. 5. 1908.*

Mittheilung eines Falles von Exstirpation des ganzen zusammenhängenden Drüsenpackets bei einer partiellen Resection des Unterkiefers.

G. hat unter 10 derartigen Operationen 2 Fälle von Heilungen erzielt, die man als definitiv betrachten könnte. Das beweise wieder, dass man bei einem anatomisch operablen Carcinom mit der Operation nicht zaudern dürfe.

BAYER.

67) **Felix Semon** (London). **Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses.** *Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Bezugnehmend auf seinen früher (Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6, 1907) publicirten ähnlichen Fall und auf die einschlägige Arbeit Ruprecht's, berichtet Semon über einen neuen Fall einer eigenartigen, protrahirten Halserkrankung, der klinisch und bakteriologisch eingehend beobachtet, nahezu mit Sicherheit Lues ausschliessen lässt und mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine durch die Diplococcuspneumonie hervorgerufene septische Halsaffection anzusprechen ist. Semon vermuthet, dass es sich hier um ein neues, durch Pneumokokkeninvasion hervorgerufenes Krankheitsbild handelt, und regt an, durch „vorurtheilsfreie sorgfältige, klinische und bakteriologische Untersuchungen" etwa weiter auftretender ähnliche Halserkrankungen zur endgültigen Klärung dieser Frage allseitig beizutragen. Bezüglich Details, ebenso wie der eingehenden epikritischen Betrachtungen muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

68) **R. Vitto Massei. Behindernder Einfluss des Diphtheriebacillus auf die Wirkung des entsprechenden antitoxischen Serums. (Influenza ostacolante del bacillo della difterite sull'azione del relativo siero antitossico.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1907.*

Die anatomisch-histologischen Befunde bei den Versuchsthieren waren ver-

schieden je nach dem injicirten Material. Einfaches hämorrhagisches Exsudat entstand, wenn man einimpfte: Agarcultur von lebenden Diphtheriebacillen; Diphtherietoxin; Agarcultur lebender Diphtheriebacillen + Serum + Toxin. Jedoch findet man bei den nur mit lebenden Bacillen behandelten Thieren eine Anhäufung von Leukocyten in Form kleiner Ganglien, während man bei den mit Toxin injicirten Knötchen findet, die durch die von Hämorrhagien umgebenen Gefässe gebildet werden.

Injicirt man dagegen die abgestorbenen Bacillen oder diese gleichzeitig mit antitoxischem Serum oder endlich gleichzeitig mit Antitoxin und Toxin, so bilden sich Abscesse ohne Hämorrhagien; die Abscesse sind aber kleiner und zahlreicher in den mit todten Bacillen + Serum + Toxin geimpften Thieren.

Der histologische Befund ist also der gleiche, ob man Agarculturen lebender Bacillen oder Toxin oder Agarculturen + Serum oder schliesslich Agarculturen + Serum + Toxin injicirt. In allen anderen Fällen entstehen Abscesse.

FINDER.

69) **J. Gervin** (Amsterdam). **Chlorcalcium gegen die Serumkrankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Gewin prüfte an einem grösseren Krankenmaterial (200 Diphtheriekranke) das von Netter gegen das Auftreten von Serumexanthen empfohlene Chlorcalcium auf seine prophylaktische Wirkung nach und beobachtete, „dass durch die Einnahme von Calcium per os weniger oft Serumkrankheit auftritt und wenn sie erscheint, gutartiger verläuft". Auf Grund dieser durch seine Statistik belegten Beobachtungen giebt Autor seitdem allen seinen Diphtheriekranken Chlorcalcium per os und konnte seitdem bei 30 weiteren Patienten kein einziges allgemeines Exanthem mehr beobachten.

HECHT.

70) **E. Weil** (Berlin). **Zur Behandlung von Infectionskrankheiten, speciell der Diphtherie, mit Pyocyanase.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 95.*

In manchen Fällen von Diphtherie wurde eine schnellere Ablösung der Membranen beobachtet, septische Fälle blieben unbeeinflusst. Die Heilserumbehandlung soll in keinem Falle unterbleiben.

SEIFERT.

71) **v. Spontagh** (Ofen-Pest). **Ueber einige Fragen der antitoxischen Diphtheriebehandlung.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 68. Heft 3. 1908.*

Neben der das Diphtherietoxin inaktivirenden Componente des Antitoxins supponirt v. Sp. noch gewisse Potenzen, die am localen Processe in Activität treten. Zwischen beiden Componenten bestehe ein Missverhältniss zu Ungunsten der Wirkungsweise des Antitoxins, das sich klinisch unter anderem in der mangelhaften Beeinflussung toxischer Einflüsse (Lähmungen) zu erkennen giebt.

SEIFERT.

72) **Berlin** (Köln a. Rh.). **Ueber die Behandlung der Diphtherie nach den während der Jahre 1900—1908 im städtischen Augusta-Hospital zu Köln gemachten Erfahrungen.** *Mit 3 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Berlin berichtet über ein Material von 3256 Kranken verschiedener Lebens-

alter, von denen 1061 bereits das 6. Lebensalter überschritten hatten. Verf. weist auf die grosse Bedeutung des Behring'schen Heilserums sowohl bezüglich des Verlaufes als auch bezüglich geringerer Mortalität gegenüber der Vorserumzeit hin und bespricht eingehend die daneben hergehenden weiteren therapeutischen Maassnahmen. Bezüglich der Pyocyanase berichtet er, dass „zweifellos die leichten Affectionen des Rachens, besonders aber Nasendiphtherie, mit dem Mittel äusserst günstig beeinflusst wurden. Dagegen konnten bei schwer septischen Processen der Tonsillen kaum nennenswerthe Einwirkung der Pyocyanase festgestellt werden. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen des Mittels wurden aber nicht beobachtet". Anschliessend werden eingehend Tracheotomie, sowohl primäre wie secundäre, und Intubationen besprochen. Trotz mancher — in der Arbeit geschilderter — Nachtheile der Intubation bei der Behandlung der hochgradigen Kehlkopfstenosen räumt Autor der Intubation weiterhin den Vorrang ein, „einmal schon des besseren Erfolges dieser Methode wegen, dann auch, weil der Eingriff an und für sich bei einiger Uebung bequemer und schneller als die Tracheotomie auszuführen ist". Bezüglich der aus den beigegebenen Tabellen gezogenen statistischen Schlüsse muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

73) H. T. Karsner. **Die Leukocyten bei Diphtherie vor und nach der Anwendung von Antitoxin. (The Leucocyts in diphtheria before and after the administration of antitoxin.)** *Proceeding Pathological Society Philadelphia. August-September 1908.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Diphtherie ist begleitet von einem wechselnden Grad von Hyperleukocytose, die aber gewöhnlich eine mässige ist. Gelegentlich kann die Hyperleukocytose in extrem toxischen oder extrem leichten Fällen fehlen.

Polymorphnucleäre und mononucleäre Zellen finden sich bei der Diphtherie in einem völlig mit dem Grade der Leukocytose übereinstimmenden Verhältniss.

Bei der Leukocytose sind die eosinophilen Zellen in ungewöhnlich geringer Zahl vorhanden, die Myelocyten und Basophilen in mässiger Zahl.

Weder der Grad der Leukocytose noch die Verhältnisse, in denen sich die einzelnen Zelltypen finden, geben — ausser in ganz grossen Linien — ein Anzeichen für die Schwere der Infection ab.

Die Anwendung des Antitoxin hat keinen merklichen Effect auf den Grad der Leukocytose, das Verhältniss der sie zusammensetzenden Zelltypen.

EMIL MAYER.

74) **Barbier. Wiederauftreten von Diphtherie bei Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt wurden. (Reappearence of diphtheria in children previously treated by antitoxin serum.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Mittheilung dreier Fälle von Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt resp. aus prophylaktischen Gründen injicirt wurden, bei denen das Auftreten einer anderen Infection — Masern — dazu führte, dass im Pharynx wieder diphtherische Membranen sich zeigten. Die Krankheit tritt dann stärker auf und giebt eine schlechtere Prognose als vorher. Es sollte in solchen Fällen eine frische Serum-

injection gemacht werden. Das Recidiv tritt oft während der drei Wochen auf, während deren der Annahme nach das Kind noch immun sein soll. LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **P. Bartels** (Berlin). **Neuere Beiträge zur Anatomie des Kehlkopfes.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 213. 1908.*

B. giebt einen zusammenfassenden Bericht über die neueren die Anatomie des Kehlkopfes betreffenden Arbeiten und zeigt, dass im Verlaufe weniger Jahre auf diesem kleinen und scheinbar wohlbekannten Gebiete erfolgreiche Arbeit geleistet wurde. Das Referat stützt sich auf 87 Arbeiten, die seit 1902 erschienen sind: die frühere bis zum Jahre 1902 erschienene Literatur über Anatomie des Kehlkopfes iet durch F. Merkel in v. Bardeleben's Handbuch der Anatomie berücksichtigt. OPPIKOFER.

76) **Notiz des Herausgebers. Acute Laryngitis. (Acute Laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Wässrige Sprays sollen bei acuter Laryngitis im Allgemeinen nicht angewendet werden. Verf. empfiehlt milde ölige Sprays z. B.

Rp. Thymol 0,20
Menthol. 1,00
Eucalyptol. 0,50
Ol. pini pumil. 1,00
Paraffin. liquid. aa 100.

DS. In einem Atomizer zu gebrauchen. Oder:

Rp. Ol. pini pumil. 10,0
Tinct. benz. compos. aa 100,0.

MDS. Ein Theelöffel soll auf kochendes Wasser 3- oder 4mal am Tage inhaliren.

Oder: Rp. Menthol. 0,50
Spirit. camphorat. 20,0
Tinct. benz. composit. ad 100.

MDS. Wie oben. EMIL MAYER.

77) **Colbeck** und **Chapin. Die Behandlung der Laryngitis. (The treatment of laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Zu Inhalationen empfiehlt Verf.:

Rp. Ol. Eucalypti 2,65
Magnes. carbon. 1,50
Aq. dest. 30,00.

Ein Theelöffel auf $^1/_2$ Liter heisses Wasser; den Dampf inhaliren! Oder:

Rp. Ol. Therebinth. 2,65
Magnes. carbon. 1,65
Aq. dest. 30,00.

S. Wie oben.

Zu Insufflationen empfiehlt Verf.:

Rp. Jodoformii
Acid boric.
Bism. subnitr. aa 0,6. Oder als Spray:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,65
Thymol. 0,3
Aq. dest. 30,00.

EMIL MAYER.

78) **Alexander** (Berlin). **Die Laryngitis sicca als Berufskrankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Vortragender fasst die Laryngitis acuta sicca und die subacute Form nur als eine Modification des einfachen acuten Kehlkopfkatarrhes auf. Wenn bei jeder acuten Laryngitis sich zuerst ein trocknes Stadium — Röthung, Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, spärliche, zur Eintrocknung neigende Secretion — vorfindet, so ist dieses Stadium das vorherrschende und bleibende bei der Laryngitis acuta sicca. Besonders häufig und in intensiver Form wurde die genannte Erkrankung beobachtet bei Feuerwehrleuten nach grösseren Bränden, bei denen die starke Einwirkung der strahlenden Hitze, event. auch die beim Löschen sich entwickelnden heissen Wasserdämpfe ätiologisch in Frage kommen.

ALBANUS (ZARNIKO).

79) **Jacob E. Schadle. Membranöse Laryngitis; eine Complication der Influenza. (Membranous Laryngitis a complication of influenza.)** *St. Paul Medical Journal. November 1907.*

Die Kehlkopfsymptome treten schleichend auf, bestehen Anfangs nur in Stimmstörung, Schluckbeschwerden; nach 48 Stunden werden die Erscheinungen ausgesprochener, die Dysphagie schwerer. Die Untersuchung ergiebt im ersten Stadium acute Hyperämie mit besonderer Betheiligung der Epiglottis. Später erscheinen stecknadelgrosse Geschwüre, die mit einem dünnen weissen Exsudat bedeckt sind, dann sich vereinigen und eine feste, homogene Membran bilden. Beim Weiterschreiten der Erkrankung wird die laryngeale Fläche der Epiglottis, das Spatium interarytaenoideum und schliesslich die Aryknorpel ergriffen. Consistenz und Farbe der Membran unterscheiden sie von den diphtherischen: sie ist nicht so fest und dick wie diese und von weisserer Farbe. Dagegen ist die Influenzamembran ebenso schwer von der Unterfläche abziehbar, wie die diphtherische; nur blutet es dabei nicht im Gegensatz zu dieser.

Es vergehen 2—3 Wochen bis die Membranen verschwinden.

Verf. empfiehlt Sprays von warmer Dobell'scher Lösung, gegen die Dysphagie Orthoforminsufflationen.

EMIL MAYER.

80) **Gerber. Ueber die sogenannte „Laryngitis nodulosa“.** (Aus der Königl. Univers.-Poliklik f. Hals- und Nasenkranke zu Königsberg.) *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

1. Die sogenannten Sängerknötchen kommen bei anderen Berufsarten ebenso vor wie bei den Stimmberufen.

2. Ob sie wirklich das weibliche Geschlecht bevorzugen, erscheint mit Rücksicht auf das häufige Vorkommen bei Kindern zweifelhaft.

3. Die dreieckige Zacke ist viel häufiger, wie der runde Knoten.
4. Die mit den Stimmlippen homogenen Zacken sind chirurgisch unantastbar.
5. Die Stimmlippenzacken sind die häufigste Ursache chronischer Heiserkeit sonst gesunder Kinder.

HANSZEL.

81) **Rueda. Laryngo-Tracheitis bei Maltafieber. (Laringo-traqueite en la fiebre de Malta.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 2. 1908.*

Zwei Beobachtungen — die einzigen in der Literatur — von Laryngitis sicca haemorrhagica im Verlauf des Maltafiebers. Verf. vermuthet, dass das Agens, auf dem das Maltafieber beruht, auch die Ursache der Laryngitis abgab.

TAPIA.

82) **H. Leroux** (Paris). **Nicht diphtherischer pseudo-membranöser Croup. (Croup pseudo-membraneux non diphtérique.)** *Société de Pédiatrie. 19. November 1907.*

Wegen schwerer und plötzlicher Erstickungsanfälle wird ein 6jähriges Kind, nachdem der Versuch der Intubation missglückt war, tracheotomirt. Durch die Canüle wird bald darauf eine Pseudomembran ausgehustet; die Untersuchung und das Culturverfahren ergaben einfach Streptokokken.

GONTIER DE LA ROCHE.

83) **L. Rendu. Pseudomembranöse Streptokokken-Tracheobronchitis. (Trachéobronchite pseudo-membraneuse à streptocoques.)** *Société anatom. de Paris. 3. Juli 1908.*

29jährige Frau acquirirte eine Laryngitis, in deren Verlauf so schwere Dyspnoe auftrat, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Beim Husten brachte Pat. einige Pseudomembranen hervor; die Cultur ergab, dass es sich nicht um Diphtherie, sondern um Streptokokken handelte.

Unter fortschreitender Asphyxie ging Pat. zu Grunde; Kehlkopf, Trachea und die grossen Bronchien zeigten sich völlig durch Pseudomembranen verlegt.

A. CARTAZ.

84) **C. Chauveau. Acute geschwürige Epiglottitis pyogenen Ursprungs. (Epiglottite ulcéreuse aiguë d'origine pyogénique.)** *Arch. int. de laryngol. März-April 1907.*

Pat. war ein 42jähriger Mann. Die Erkrankung begann mit Allgemeinerscheinungen: Schüttelfrost, Kopfschmerz, Fieber etc.

BRINDEL.

85) **A. Meyer** Berlin). **Ueber leukämische Veränderungen im Kehlkopf.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 343. 1908.*

Das Präparat wurde im Verein süddeutscher Laryngologen 1908 demonstrirt (Centralbl. f. Lar. 1908, No. 10, S. 517).

OPPIKOFER.

86) **Schiffers** (Lüttich). **Trophödem des Kehlkopfs. (Trophoedème du larynx.)** *La Presse oto-largngol. de belge. No. 8. 1908.*

Der Autor erwähnt erwähnt einen Fall von Oedem des Kehlkopfs bei einem Kinde von 5 Jahren, ein Fall, der unter die Kategorie trophoneurotischer Processe gerechnet werden muss. Der Kranke bot alle Symptome von einem Epiglottisödem und der aryepiglottischen Falte dar. Die Diagnose wurde mehrere Male durch die

laryngoskopische Untersuchung bestätigt. Die Natur des Oedems wurde auf dem Wege der Exclusion festgestellt. Unter den erblichen Antecedentien kennen wir auf Seite des Vaters Alkoholismus und Syphilis, welche ohne Zweifel die Ursache der Störungen im Nervensystem bildeten. PARMENTIER.

87) **Timothy J. Readon. Acutor ödematöser Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels. (Acute oedomatous eversion of the ventricle of Morgagni.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juni 1907.*

Verf. berichtet über den Fall einer 40jährigen Sängerin, die unter den Symptomen einer Angina lacunaris erkrankte. Nachdem diese Erscheinungen vorüber waren, trat, als sie einige Tage darauf gesungen hatte, Heiserkeit auf, sodann kam es schnell zu Dyspnoe, Cyanose und stridorösem Athmen. Es wurde Kehlkopfödem vermuthet. Verf. fand den rechten Ventrikel so ödematös, dass die Stimmlippen davon ganz bedeckt waren; die ödematöse Masse war taubeneigross. Der rechte Aryknorpel war unbeweglich. Nur hinten war ein kleiner dreieckiger Spalt für die Passage der Luft. Intubation schaffte sofort Erleichterung und am nächsten Tage war der Larynx normal. LEFFERTS.

88) **Pfeiffer** (Stuttgart). **Ueber die Verlagerung des Larynx und der Trachea beim Pyopneumothorax.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 44. 1907.*

Die Verlagerung der Trachea und des Larynx beim Pyopneumothorax lässt sich nicht nur durch das Röntgenverfahren feststellen, sondern auch ohne Röntgenstrahlen erkennen, insbesondere bei etwas nach medianwärts gebeugtem Kopfe. Pf. wünscht, dass die Verlagerung der Trachea für die Diagnose intrathorakaler Erkrankungen etwas mehr Berücksichtigung erfahren möchten. SEIFERT.

89) **E. Wertheim** (Breslau). **Ueber Larynxcontusion.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 132.*

Traumatisches Larynxhämatom („links Arygegend und Sinus pyriformis von einem tiefdunkelrothen, grossen Tumor eingenommen") mit Ausgang in vollständige Heilung. F. KLEMPERER.

90) **Rosenberg** (Berlin). **Kalter Abscess des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. 1907.*

Bei einem 58jährigen Herrn besteht nach einer Gastroenteritis, wobei er heftig brach, seit 6 Wochen leichte Heiserkeit. Laryngoskopisch fand sich nur am linken Stimmband eine eiförmige länglich runde, deutlich gelbe Anschwellung, „die die Pars libera des Stimmbandes nicht in Anspruch nahm, etwa die halbe Breite der oberen Fläche des Stimmbandes deckte und seinen freien Rand überragte". In der Umgebung der Anschwellung das Stimmband etwas geröthet.

Verf. schnitt ein und es entleerte sich Eiter. Sofort war die Stimme klar. Nach 14 Tagen war am Stimmband nichts mehr davon zu sehen.

Aetiologisch glaubt Verf. eine bei dem heftigen Erbrechen entstandene Blutung unter das Epithel des Stimmbandes annehmen zu sollen, aus welchem Hämatom sich dann der Abscess gebildet hat. ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Felix Miodowski** (Breslau). **Doppelseitige Exfoliation des Aryknorpels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 355. 1907.*

Es handelt sich um ein bemerkenswerthes anatomisches Präparat, eine beiderseitige Exfoliation des ganzen Aryknorpels, offenbar als Ausgang einer eitrigen Perichondritis. Das Präparat zeigt eine grosse Abscesshöhle — ehemals der Platz des Giessbeckenknorpels — mit charakteristischer Abscessmembran. Weder ist vom Aryknorpel eine Spur zu entdecken, noch auch von seinem Perichondrium; dagegen ist Ring- und Schildknorpel unangetastet, wenn sich auch das Granulationsgewebe bis nahe an das Perichondrium des letzteren erstreckt. Die Höhle hat sich ausgeglättet, das Epithel beginnt sich von den Rändern her gegen den Grund vorzuschieben. Dagegen wird die für eine Heilung wesentliche fibröse Umwandlung des Granulationsgewebes offenbar durch die Erschöpftheit des Organismus hintenangehalten. Obwohl das histologische Bild keinen ätiologischen Hinweis giebt und auch die Kenntniss des klinischen Verlaufs fehlt, so kann man vielleicht, da es sich um ein schwer tuberculöses Individuum handelt, die Tuberculose als ätiologischen Factor in Betracht ziehen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Citelli** (Catania). **Chordectomia externa und Regeneration der Stimmlippen. (Ueber eine neue Behandlungsmethode alter Kopfverengungen infolge dauernder Medianstellung beider Stimmlippen.) Experimentelle Versuche an Hunden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 73. 1907.*

Verf. macht die Laryngofissur und entfernt dann mittels Scheere und Grünwald'schem Conchotom ein Stimmband oder auch beide. Der Operation geht eine Tracheotomie voraus.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Da die Schildknorpelplatten sich stets in ihrer normalen Stellung fänden, so würde die Naht der Knorpel nach der Thyreotomie nicht absolut nothwendig sein.

2. Vorhergehende Tracheotomie wäre ebenfalls nicht dringend nöthig, da man bei Hunden schon einen Tag nach der Operation die Canüle fortlassen konnte ohne irgend welchen Schaden.

3. Die Abtragung der Pars ligamentosa der Stimmlippen gab ein sehr befriedigendes Resultat; denn bei den über 20 Tage am Leben erhaltenen Hunden fand sich an Stelle der Hervorragung der Stimmlippe eine ziemlich deutliche Furche. Dieses Resultat würde beim Menschen, bei dem die Stimmlippen länger sind und die Pars ligamentosa fast $^2/_3$ der Stimmlippen bildet, während beim Hunde der knorpelige Theil fast länger ist als der membranöse, noch vollkommen sein.

4. Ist die Abtragung mit geeigneten Instrumenten, d. h. so, dass die umgebende Schleimhaut nicht maltraitirt wird, vorgenommen worden, so bilden sich gewöhnlich keine Verwachsungen zwischen den beiden Kehlkopfhälften.

5. Nach nicht langer Zeit bildet sich in Folge Bildung einer Art von Glottis im Niveau der Taschenlippen aus der Aphonie eine mehr oder minder heisere Stimme.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt und erklärt die Thatsache, dass

das abgetragene Stimmband sich nicht wieder bildet: denn nicht nur findet sich an der operirten Stelle das entfernte elastische Band nicht mehr, sondern einige benachbarte Drüsen und vor allem zahlreiche angrenzende Muskelfasern fallen — obwohl sie von dem schneidenden Instrument nicht getroffen sind — der Nekrobiose anheim, allein weil sie der postoperativen Entzündungszone nahe sind. Die Wirkung würde nach Ansicht des Verf. noch vollkommener sein, wenn, wie es beim Menschen der Fall sein würde, ein gut Theil der Muskelfasern bei der Operation mit entfernt würde.

Die Arbeit giebt genaue Operationsgeschichten und den mikroskopischen Befund bei den operirten sechs Fällen mit Abbildungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Ein Beitrag zur Frage der Chordectomie bei Larynxstenose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 98. 1907.*

Verf. verwirft die Chordektomie zur Beseitigung von Kehlkopfstenose durch Medianstellung der Stimmlippen auf Grund von Beobachtungen an Menschen, bei denen sich an Stelle de rwegen Carcinom entfernten Stimmlippen Narbenstränge gebildet hatten, die eine wirkliche Stimmlippe vortäuschten. Wollte man deshalb in der Glottisebene bei Medianstellung der Stimmlippen operativ einen für das respiratorische Bedürfniss andauernd ausreichenden Weg schaffen, so müsste man nicht nur den Processus vocalis des Aryknorpels, sondern auch erhebliche Theile seines Körpers entfernen, wodurch aber spätere Stimmbildung verhindert würde.

Aus diesem Grunde nimmt Verf. davon Abstand, Patienten, welche Canüle tragen müssen, zum Zweck der Beseitigung dieser Nothwendigkeit, die Stimmbandexstirpation zu empfehlen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

94) **Lannois** und **Durand** (Lyon). **Regeneration einer Stimmlippe in einigen Wochen nach Abtragung eines Tumors. (Régéneration d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur.)** *Lyon médical. No. 40. 1908.*

Thyreotomie; zur Entfernung des Tumors muss das rechte Stimmband geopfert werden. Pat. konnte bereits einige Tage nach der Operation sprechen. Nach einigen Wochen hatte sich eine das Stimmband ersetzende Schleimhautfalte gebildet.

Nach den Angaben der Verf. sollen die Thyreotomien 80 pCt. Erfolge haben.

GONTIER DE LA ROCHE.

95) **Parmentier. Chronische Entzündung oder Papilloma des Kehlkopfs? (Inflammation chronique ou Papilloma du larynx?)** *Progrès Médical belge. No. 24. 1907.*

Die Evolution des Falles veranlasst den Autor zu dem Schluss, dass die Läsion entzündlicher Natur war und dass, obgleich verschiedene blutige Behandlungsweisen auf der Versammlung der belgischen Otolaryngologen im Jahre 1906 angepriesen wurden, die Heilung doch mit hyperämisirenden und die Schleimhaut

modificirenden Mitteln und der Massage der Halslymphdrüsen nach der Methode von Bayer erzielt wurde.

AUTOREFERAT.

96) **Garel. Enormer Kehlkopftumor des linken Ventrikels. (Enorme tumeur du larynx provenant du ventricule gauche.)** *Lyon médical. 22. September 1907.*

Der Tumor hatte zu intermittirenden Stimmstörungen Anlass gegeben; er lag auf der Oberfläche der linken Stimmlippe. Er inserirte im hinteren Theil des Ventrikels. Er wurde mit der warmen Schlinge entfernt; drei Tage später auch der Stiel auf dieselbe Weise.

Makroskopisch glich der Tumor einem Fibrolipom.

BRINDEL.

97) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Operirter Fall von amyloider Geschwulst des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 32. 1908.*

Die Geschwulst sass subglottisch unter der rechten Stimmlippe, war blauroth, mässig erhaben, von höckriger Oberfläche. Nach vier Monaten wurde anderwärts die Tracheotomie ausgeführt. Operation am 7. Mai 1908. Der subglottische Raum war mit einem weichen granulationsartigen, mässig durchscheinenden Gewebe von Quittensulzfarbe vollständig angefüllt und rechts die Luftröhre fast bis zum IV. Trachealring, wo es scharf abgegrenzt endete. Die Entfernung gelang leicht mit dem scharfen Löffel. Hierauf Hauttransplantation nach Thiersch. Glatte Heilung. Nach 4 Wochen bei der Demonstration kräftige Stimme, kein Recidiv.

v. NAVRATIL-POLYAK.

98) **John Mc Coy. Bericht über drei Fälle von mittels directer Laryngoskopie entfernten Kehlkopfgeschwülsten. (A report of three cases of laryngeal growth removed by direct laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt für nervöse Patienten die allgemeine Narkose und zwar zieht er Aether vor und giebt vorher eine Injection von Morphium mit Atropin, letzteres um einer Neigung zu zu starker Bronchialsekretion vorzubeugen.

EMIL MAYER.

99) **Th. Gluck** (Berlin). **Chirurgische Behandlung des Schlund- und Kehlkopfkrebses. (Le traitement chirurgical du cancer du larynx et du pharynx.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 4. 1908.*

Bericht auf dem II. Congress der internationalen chirurgischen Gesellschaft, Brüssel, September 1908.

Um die Schluckpneumonie zu verhüten, hat sich der Autor zum Princip gemacht, die unmittelbare Naht des Pharynx und die prophylaktische Resektion der Trachea vorzunehmen und zwar nicht allein bei der Laryngektomie, sondern auch bei der Abtragung des Pharynx und der Zunge: Bei den anderen Operationen, welche den Kehlkopfeingang unberührt lassen, schützen die Rose'sche Kopflage, die temporäre Compression, die Ligaturen und die Tamponade der Luftwege vor der Aspiration.

G. nimmt die Laryngektomie auf einmal vor, ausser wenn eine schwere Dyspnoe vorliegt. Sein Verfahren ist aseptisch, deshalb erzielt er auch mit Sicherheit die unmittelbare Vereinigung. Diese Operation hat einen offenbaren thera-

peutischen Werth, seitdem der Autor so umfangreich als möglich operirt. G. hat die Laryngektomie mit einigem Erfolg bei der Kehlkopftuberculose angewandt. Die Gefahren bei der Operation sind relativ gering und die Resultate günstig; er detaillirt die Methode für die künstliche Phonation.

G. schliesst die Prothese unmittelbar an an die Resection des Unterkiefers, die Circulärnaht der Trachea an die partielle Resection derselben, die Transplantation der Gefässe etc.

Wenn eine Compression des Tractus tracheo-bronchial. durch einen mediastinalen unoperablen Tumor vorhanden ist, hat Gluck die Resection zweier Rippen ersonnen mit Annähen der Pleura parietalis an die Pleura visceralis, indem er diese incidirt und mit dem Thermocauter das Lungengewebe derart eröffnet, dass der Kranke direct durch die Lunge athmet.

PARMENTIER.

100) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Mittels Laryngofissur operirter und geheilter Fall von Kehlkopfkrebs.** *Orvosi Hetilap. No. 30. 1908.*

Nach Spaltung des Schildknorpels Entfernung der erkrankten Weichtheile. Pat. ist jetzt 76 Jahre alt, seit der Operation sind schon drei Jahre verflossen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

101) **Buys. Ein Fall von Laryngectomie wegen Epithelioms; ohne Recidiv seit 15 Monaten. Demonstration eines speciellen Sprechapparates am Kranken. (Un cas de laryngectomie pour épithélioma, sans récidive depuis quinze mois. Démonstration sur le malade d'un appareil phonétique spécial.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. otolaryngol. Gesellschaft von Juni 1907.

PARMENTIER.

102) **Page La Fayette. Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebses. (Laryngectomy for carcinoma of the larynx.)** *Journal American Medical Association. 26. September 1908.*

Bericht über 2 Fälle.

Fall I. Radicaloperation. Die Trachealtube wurde 2 Tage liegen gelassen. Es dauerte mehrere Tage bis die genossene Nahrung nicht durch die Wunde herauskam. Patient ist jetzt — nach vier Jahren — 76 Jahre alt und in guter Gesundheit.

Fall II. Entfernung eines Theiles des rechten Schildknorpels und Stimmbandes, sowie der ganzen linken Kehlkopfhälfte nebst den angrenzenden Lymphdrüsen.

Bei der Nachbehandlung traten einige Störungen ein: Eine alte Bronchitis drohte zu einer Pneumonie zu führen; sehr beschleunigter Puls und unregelmässige Athmung deuteten auf Störungen in der Function des N. vagus und wurden mit Digitalis und Strychnin bekämpft. Nach Heilung der Wunde wurden X-Strahlen gebraucht, um einem Recidiv vorzubeugen. Es sind $3^1/_2$ Jahre verflossen und Pat. befindet sich vollkommen wohl.

EMIL MAYER.

103) **J. W. Bond. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. beschreibt eine Methode, die er seit 15 Jahren anwendet und die seit einigen Jahren von britischen Chirurgen adoptirt ist und die darin besteht, dass eine Canüle in das Spatium crico-thyreoideum eingesetzt, der Pharynx und Larynx von oben her tamponirt wird, als Voroperation für ausgedehnte und blutige Eingriffe im Rachen und Mundhöhle.

Die Haut über dem Spatium crico-thyreoideum wird durch einen kurzen Transversalschnitt gespalten, die Spitzen einer gebogenen Scheere durch die Membrana crico-thyreoidea dicht über dem Ringknorpel eingestochen und durch diese Oeffnung eine gebogene abgeplattete Canüle über einem spitzen Mandrin eingeführt. Die Canüle wird nach der Operation wieder entfernt. I. B. WAGGETT.

104) **H. T. Butlin. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. hat das Verfahren Bonds in mehr als 100 Fällen während der letzten 7 Jahre mit Erfolg angewandt. E. B. WAGGETT.

105) **Nager** (Zürich). **Ueber primäre Geschwülste der Trachea.** *Med. Klinik. 1. 1909.*

Uebersichtsreferat. SEIFERT.

106) **Ferreri. Ein Trachealtumor. (Un tumore tracheale.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica delle R. Università di Roma. 1907.*

Der Tumor, der nach vorausgegangener Laryngofissur glücklich entfernt wurde, war ein weiches Fibrom, an dem histologisch auffallend ist, dass er mit Plattenepithel bekleidet war. Verf. erklärt das Vorkommen dieses Plattenepithels in der Trachea durch entwickelungsgeschichtliche Erwägungen. FINDER.

107) **D. J. Davis** und **E. R. Le Count. Bericht über zwei Fälle von Bronchialcarcinom. (Report of two cases of primary bronchial carcinoma.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

I. 32jährige Frau. Es wurde die Diagnose auf Pleuritis mit Erguss gestellt. In der Trachea und den Bronchien sowie auf der Pleura fanden sich kleine aus Plattenepithel bestehende Knötchen.

II. 58jähriger Mann. Es bestand Lähmung des linken Stimmbandes. Es wurde die Diagnose auf Mediastinaltumor gestellt; bei der Autopsie fand man ein primäres Carcinom des linken Bronchus, secundäres Carcinom der Halsdrüsen, des Mediastinum und der linken Achselhöhle. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

108) **D. Forsyth. Die vergleichende Anatomie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei Säugethieren und Vögeln. (The comparative anatomy, gross and minute of the thyroid and parathyroid glands in mammals and birds.)** *Journal of anat. and physiol. Vol. 42. p. 302.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

109) **K. v. Schiller** (Budapest.) **Kalter Abscess in der Schilddrüse.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 33. 1908.*

Tuberculose der Schilddrüse kommt nicht häufig vor. Im vorliegenden Falle litt der Patient an Schling- und Athembeschwerden; bei der Incision entleerten sich ca. 90 ccm Eiter, aus welchem Tuberkelbacillen gezüchtet wurden. Nach 3 Monaten besteht noch eine Fistel.

v. NAVRATIL-POLYAK.

110) **Lurje** (Moskau). **Ueber ein Teratom der Schilddrüse.** *Dissertation. Zürich 1908.*

Sehr selten sind Fälle von Schilddrüsentumoren mit einem Inhalt von elastischen Fasern, Fettgewebe, Musculatur, Knochen, Knorpel, Drüsen, Neuroepithel, Retinapigmentepithel. Es dürften Bigerminalbildungen sein, welche sich vorzugsweise in der Kiemengegend der Föten einlagern. Die Einschliessung in die Schilddrüse ist auf einen Durchbruch zwischen Schlundtasche und Kiemenfurche zurückzuführen. Der vorliegende Fall betrifft eine 53jährige Frau mit cretinoidem Habitus und myxödematösen Erscheinungen. Der Kropf war von Jugend an vorhanden, hatte aber erst 8 Wochen vor der Aufnahme in das Hospital plötzlich zu wachsen begonnen und beendigte das Leben 9 Tage später trotz rechtzeitiger tiefer Tracheotomie mit Erstickungszeichen. Der harte, hinter dem Sternum unbeweglich eingekeilte Tumor war inoperabel. Neben dem typischen Inhalt fand sich ein Rund- und Spindelzellensarkom, welches Metastasen in die Lungen hineingeschwemmt hatte. Verf. glaubt, das Sarkom sei als Wucherung der undifferenzirten Keimzellen aufzufassen, welche die Gefässe thrombosirt hatten.

JONQUIÈRE.

111) **G. Hicguet. Thyroidectomie. Vorstellung von 3 Fällen. (Thyroidectomie; Présentation de trois cas.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 28. März 1908 stellt H. drei mit partieller Thyroidectomie wegen Hypertrophie der Schilddrüse operirte Kranke vor, zwei Frauen von 29—34 und ein Mann von 45 Jahren. Bei dem dritten Fall — Frau von 34 Jahren —, die an atrophischer Rhinitis litt, trat nach der Operation eine ganz bedeutende Besserung dieser Affection ein, so dass 14 Tage nachher der üble Geruch verschwunden war, keine Krustenbildung mehr stattfand und der Allgemeinzustand sich bedeutend verbessert hatte.

BAYER.

112) **Joseph H. Branham. Tetanie nach Thyreodectomie, geheilt durch subcutane Injectionen von Parathyroidemulsion. (Tetany following Thyroidectomy cured by the subcutaneous injections of parathyroid emulsion.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Die Tetanie wurde prompt und andauernd geheilt durch die Injection frisch bereiteter Thyroidemulsion.

EMIL MAYER.

113) **Dumas. Basedowstruma tuberculösen Ursprungs. (Tuberculose inflammatoire. Goître exophtalmique d'origine tuberculeuse.)** *Dissert. Lyon 1907.*

An der Hand von 15 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen vertritt Verf. den Standpunkt, dass die Basedow'sche Krankheit sich nicht selten auf tuberculöser Grundlage entwickle.

OPPIKOFER.

114) **M. Ohlemann** (Wiesbaden). **Zur Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Autor erkrankte in seinem 57. Lebensjahre an Basedow und berichtet in extenso über den Verlauf seiner Krankheit, die er mit besonderer Berücksichtigung der Pathologie, Symptomatologie und Therapie kritisch bespricht. Selbst Augenarzt, bespricht er detaillirt das allmähliche Auftreten von Lähmungen der einzelnen Augenmuskeln und deren Wechsel. Er berichtet über die gute Wirkung der Jodtherapie (Jodkali und besonders Jodtinctur 2 mal täglich 1—2 Tropfen) auf sämmtliche Erscheinungen, namentlich die günstige Beeinflussung der Pulsfrequenz. Sodann weist er auf den schädlichen Einfluss der Eiweissnahrung auf die Basedowerkrankung hin, besonders der Milch, die er damit erklärt, „dass bei ihr eher eine Toxinbildung eintritt als bei Kohlehydraten und Fetten, dadurch treten dann Erscheinungen ein von Autointoxication". Autor fasst seine Erfahrungen in 6 Thesen zusammen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

115) **F. Apelt** (Sanatorium Glotterbad bei Freiburg i. Br.). **Ein Fall von Basedow'scher Krankheit im Anschluss an nichteitrige Thyreoiditis acuta.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

„Etwa 3 Wochen nach einem im Recessus pyriformis dexter aufgetretenen Abscesse", der nach Incision heilte, entwickelte sich eine acute Thyreoiditis. Nach deren Abklingen trat allmählich ein typischer Basedow auf, der seinerseits wieder unter entsprechender Behandlung symptomenweise derartig abklang", dass man fast von einer völligen Heilung sprechen konnte". Die Krankengeschichte ist in extenso beigegeben.

HECHT.

116) **J. P. Dunhill. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Intercolonial Medical Journal Australasia. Juni 1908.*

Die Erfahrungen des Verf.'s gründen sich auf 25 eigene Fälle, in denen 32 Operationen vorgenommen wurden. Es war ein Todesfall zu verzeichnen. Die Heilungen betrugen 85 pCt. Bei den meisten Fällen war innere Behandlung bereits ohne Erfolg angewandt worden. In zwei Fällen bestand vorgeschrittene Myocarditis, Herzdilatation und Oedem in den abgängigen Partien. In beiden Fällen trat nach der Operation Heilung ein. Die Operation ist nur dann gefahrlos, wenn keine Narkose angewandt wird, und zwar bedient sich Verf. zur Localanästhesie des Barker'schen Eucain und Adrenalin, womit das subcutane Zellgewebe gründlich infiltrirt wird. Die tiefen Lagen unter und hinter dem M. sternocleidomastoideus werden auf der zu operirenden Seite gleichfalls infiltrirt. Verf. betrachtet als die grösse Gefahr bei der Operation und auch als die Todesursache in seinem Fall das Zerquetschen von Schilddrüsengewebe. Quetscht man einen Lappen zusammen, so bleibt eine Menge zertrümmerter Schilddrüsensubstanz zurück, die von dem Blut und Lymphgefässen aufgenommen wird und die schwerste acute eitrige Thyroiditis hervorruft. Verf. empfiehlt nach der Operation reichliches Wassertrinken, um der Gefahr des Thyreoidismus vorzubeugen.

A. J. BRADY.

117) **Johannes Torrild** (Dänemark). **Behandlung von Morbus Basedowii. (Behandling af Morbus Basedowii.)** *Ugeskrift for Läger. 13. August 1908.*

Uebersichtsartikel. E. SCHMIEGELOW.

118) **H. J. Vetlesen** (Christiania). **Klinische Beobachtungen bei 43 Fällen von Morbus Basedowii. (Kliniske iagttagelser ved 43 Ulfaelder af Morb. Basedowii.)** *Norsk Magazin for Lägavedenskaben. No. 1. Anhang. 1909.*

Eignet sich nicht zum Referat. E. SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

119) **Bourdeau. Die verschiedenen Verfahren zur Behandlung der Narbenverengerungen des Oesophagus und speciell die Anwendung der linearen Elektrolyse. (Les différents procédés de traitement dans les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage et en particulier de l'emploi de l'électrolyse linéaire.)** *Thèse de Bordeaux. 20. December 1907.*

Verf. plaidirt für Anwendung der Elektrolyse nach der Methode von Fort. Er beschreibt genau das Verfahren und versichert, dass auf diese Weise behandelte Stenosen sich nicht wieder bilden. BRINDEL.

120) **Nové-Josserand** und **Sargnon. Doppelte impermeable Narbenstenose im Brusttheil des Oesophagus. (Doublesténose cicatricielle de l'oesophage thoracique.)** *Lyon médical. October 1907.*

10jähriges Kind, bei dem zuerst die Gastrotomie gemacht werden musste. Es wurde auf gastroskopischem Wege eine Oesophagotomia interna gemacht und dann allmählich dilatirt. BRINDEL.

121) **Docq** und **Henrard. Oesophagusstenose an der Cardia (mit radioskopischer Untersuchung). (Rétrécissement cardiaque de l'oesophage [avec examen radioscopique].)** *Annal. de la Soc. médico-chir. de Brabant. No. 6. 1908.*

Oesophagusstenose über der Cardia mit sackförmiger Erweiterung des Oesophagus oberhalb derselben bei einem 22jährigen jungen Mann, welcher seit seinem 14. Jahre an dieser Affection leidet; nach vorheriger Verabreichung von Milch mit Bismuth demonstrirt H. dieselbe bei Röntgenstrahlenbeleuchtung und zeigt, wie der Inhalt des Oesophagussackes, den der Patient beliebig nach oben und nach unten in den Magen befördern kann, bei dem letzteren Act durch die dabei stattfindende Contraction gewaltsam gegen die grosse Curvatur geschleudert wird.

BAYER.

122) **M. R. Leriche** (Lyon). **Zahnprothese mit spitzen Haken im unteren Theil der Mediastinalpartie des Oesophagus. (Pièce dentaire à crochets aigus arrêtée dans la partie inférieure de l'oesophage médiastinal.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 18. November 1908.*

Die Extraction auf ösophagoskopischem Wege erwies sich als unmöglich; es wurde daher die Gastrotomie gemacht und von dort aus der Fremdkörper entfernt. Die Heilung verlief normal. GONTIER de la ROCHE.

123) **J. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Ein aus der stenotischen Speiseröhre mittels Oesophagoskopie entfernter Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 42. 1908.*

Ein $4^1/_2$ Jahre alter Knabe hat vor 3 Jahren aus Versehen Kalilauge getrunken. Fünf Wochen vor der Untersuchung soll er ein Zweihellerstück verschluckt haben und kann seither nur flüssige Speisen zu sich nehmen. Die Röntgenuntersuchung zeigte den Fremdkörper in der Höhe der die Brustwarzen verbindenden Linie. Oesophagoskopie in Chloroformnarkose bei hängendem Kopfe mit der 25 cm langen und 8 mm breiten Röhre. Das Geldstück wurde 20 cm tief von der oberen Zahnreihe gefunden, mit der Pincette gefasst und zusammen mit der Röhre entfernt. An der Stelle, wo die Münze lag, waren Granulationen sichtbar und unterhalb der Stelle eine mit 3—4 mm weiter Oeffnung versehene narbige Stenose.

v. NAVRATIL-POLYAK.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ein System der Medicin. Von vielen Autoren, herausgegeben von Sir Clifford Allbutt und Humphry David Rolleston. Vol. IV. Theil II. Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Luftröhre und des Ohres. (A System of Medicine. By many writers, edited by Sir Clifford-Allbutt and Humphry Davy Rolleston. Vol. IV. Part II. Diseases of ihe Nose, Pharynx, Larynx, Trachea and Ear.)** Mac Millan and Co. 1908. London.

Die folgenden Ausführungen sollen, wie das an dieser Stelle sich von selbst versteht, keine Erörterungen über die Ohrenkrankheiten, die in vorliegendem Band mitbehandelt sind, enthalten, es sei denn die Bemerkung, dass die gegenseitigen Beziehungen, die zwischen den Erkrankungen der Respirationswege und des Gehörapparates bestehen, nicht diejenige Würdigung erfahren, die ihnen zukommt. Wie es sich zeigen wird, sind Mängel dieser Art mit dem Charakter des Buches als eines Sammelwerkes untrennbar verknüpft. Mitarbeiter sind Greville Macdonald, Herbert Tilley, Ernest Waggett, F. De Havilland Hall, Sir Felix Semon und P. Watson Williams, und zwar haben die letztgenannten beiden Herren gemeinsam und jeder für sich den weitaus grössten Theil des Buches bearbeitet. Diese Namen, die hervorragendsten unter den Britischen Laryngologen, sind eine Gewähr für das hohe Niveau des Werkes.

Als die Wissenschaft der Heilkunst in die zahlreichen, die einzelnen Specialitäten darstellenden Kapitel eingetheilt wurde, da war diese Theilung, so unvermeidlich sie war — ist sie doch in gewissem Grade bis in die ersten Anfänge der Geschichte zurückzuverfolgen — in vieler Hinsicht bedauerlich; dass aber z. B. die Nasenkrankheiten wieder in mehrere von verschiedenen Autoren bearbeitete Kapitel zerlegt wurden, erweckt nicht nur Bedauern, sondern fordert die Kritik heraus. Dies Verfahren ist nothwendigerweise ebenso von ungünstiger Wirkung auf die Autoren, wie es den Lesern für ihr Geld eine mangelhafte Gegenleistung bietet. Es hat keine hinreichende Rechtfertigung für sich ausser einem elenden finanziellen Gesichtspunkt. Vom practischen Standpunkt aus ist indessen solche Eintheilung absolut nothwendig, wenn es sich um die Production einer jener Serien

von Bänden, die das ganze Gebiet der Medicin in sich schliessen, handelt. Sie macht es möglich, dass ein solches „System", wie das vorliegende, schnell fertig gestellt und die Arbeit noch nass, wie sie aus der Feder des Autors kommt, publicirt wird. Das ist die Rechtfertigung für solche Publicationen und enthält gleichzeitig den Hinweis auf ihre Eintagsnatur. Ebenso prompt und rasch wie sie erscheinen, gerathen sie auch wieder in Vergessenheit, es sei denn, dass sie, wie im vorliegenden Falle, in Gestalt einer zweiten Auflage de facto von Neuem geschrieben werden. In Amerika leidet das Lesepublikum unter einer ganz willkürlichen Form der Vergewaltigung, die beim Verkauf solcher „Systeme" seitens der Verleger geübt wird, indem man nicht im Stande ist, irgend einen Band sich anzuschaffen, ohne das ganze Werk kaufen zu müssen. Alles in Allem würde es nun erfreulich sein, wenn die zukünftige Entwickelung der medicinischen Publicistik solche „Systeme" von der Bildfläche verschwinden liesse.

Mit Nothwendigkeit schliesst eine solche Eintheilung die Möglichkeit einer continuirlichen Gedankenfolge und die Berücksichtigung der zwischen einer und der anderen erkrankten Region bestehenden Beziehungen aus und — was noch schlimmer ist — sie macht die Besprechung der allgemeinen Aetiologie fast ganz unmöglich. Wie will der Laryngologe, der an solch einem Werk mitarbeitet, in verständiger Weise die Aetiologie der Tuberculose, des Krebses oder der Syphilis oder die Therapie einer dieser Krankheiten besprechen? Und wenn er sich dazu versteht, wie will er zeigen, dass pathologische Processe, die sich an allen Stellen mehr weniger gleichen, in der Nase auf bestimmte allgemeine Ursachen zurückzuführen sind, die der nächste Autor, wenn er beim Kehlkopf über dieselbe Krankheit schreibt, völlig ignorirt? Muss jeder Autor, wenn er sein Thema ausführlich und verständig bearbeiten will, seine eigene Abhandlung über allgemeine Physiologie, Pathologie, Aetiologie und Therapie schreiben? Und wäre irgend ein Thema vollständig, ohne dass er diese Dinge behandelt? Es stehen ihm nur zwei Wege offen: Entweder er bescheidet sich und überlässt die allgemeine Behandlung dieser Schemata irgend jemand Anderm, der damit betraut wird. Wer das zu thun bereit ist, ist ungeeignet, in einem Lehrbuch über irgend einen Gegenstand zu schreiben. Oder er lässt das Vorhandensein jener oben genannten Beziehungen mehr oder minder gründlich ausser Acht. Es genügt zu sagen, dass für gewöhnlich das letztere Verfahren angewendet wird. Daher kommt dann auch der fragmentarische Charakter der betreffenden Kapitel, ihre verhältnissmässige Minderwerthigkeit und als Folge davon, das ephemere Interesse, das sie erregen.

Das ist der hauptsächliche, aber durchaus nicht einzige Nachtheil dieser „Systeme". Das Ineinanderlaufen der Grenzlinien zwischen den Kapiteln, die Lücken, die zwischen ihnen bestehen, die Ueberhastung der Vorbereitungen, der Zwang, unter dem der Autor steht, entweder über ein Thema zu schreiben, für das er nur ein schwaches Interesse hat, oder die Ehre überhaupt abzulehnen: alles das sind Dinge, die uns wohlbekannt sind, von denen ich aber nicht weiss, wie wir ihr je ledig werden sollen, wenn nicht einmal ein unwilliger Widerspruch laut wird. Was gewöhnlich gar nicht in Betracht gezogen wird, das ist die schlechte Wirkung, die solche Unternehmungen auf die Autoren selbst ausüben. Sie müssen darauf verzichten, ihre Ideen mit der Unbeschränktheit zur Darstellung

zu bringen, die daseigentliche Wesen des menschlichen Geistes ausmacht und nicht selten kommen sie auf der Höhe ihres Lebens zu der Erkenntniss, dass sie ihre Gestaltungskraft gerade bei jenen Thematen aufgewandt haben, die sie die Profitwuth eines Winkelverlegers bearbeiten liess. Auf diese Weise wird ihr unheilbarer Einfluss auf das Denken in der Medicin ein höchst bedauerlicher.

Nachdem ich so mein Herz auf Kosten des Raumes, den der Herausgeber dieses Blattes so freundlich war, mir zur Verfügung zu stellen, genügend erleichtert habe, darf ich wohl mit einer über jeden Verdacht erhabenen Offenheit sagen, dass dieses Buch das beste von seiner schlechten Art ist. Es ist selten, dass so viele ausgezeichnete Männer innerhalb einer Nationalität sich bereit finden, sich den ihnen in Bezug auf Raum und Gedanken auferlegten Beschränkungen zu unterwerfen. Zweifellos haben diese Beschränkungen zu einer Gedrungenheit im Inhalt und Form geführt, die in mancher Beziehung dem Leser angenehm sein kann, die ihm aber nur einen dürftigen Ersatz bietet für das, was ihm gerade bei der Erklärung specieller mechanischer Dinge durch so hervorragende Männer verloren geht. Vieles, was in Bezug auf die Unterlassungen zu verzeichnen ist, lässt sich in vollem Umfange rechtfertigen; selbst aber wenn man diese Zugeständnisse macht, hätte mehr Raum für Abbildungen, Untersuchungsmethoden, Instrumente, Specialtafeln, wie z. B. skiagraphische Aufnahmen eingeräumt werden müssen. Hat doch der letztere Gegenstand eine Bedeutung, z. B. für die Nebenhöhlenerkrankungen, erlangt, die hier nicht die gebührende Würdigung erfährt. Ein allgemeines Capitel über Physiologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, einiges über das Thema von der Phonation könnte wohl an Stelle so ungewöhnlicher Dinge, wie es Maden in der Nase, Actinomycose der Tonsillen, Rotz etc. sind, treten. Ueber Anosmie und Parosmie, hysterische Aphonie, Gicht des Pharynx und all dergleichen schreiben zu müssen, ohne dass man den Raum und die Freiheit hat, der Aetiologie dieser Dinge auf den Grund gehen zu können, das fordert unser Mitgefühl und nicht unsere Kritik heraus. Das beschneidet und beschränkt die Entfaltung des Geistes, auf die jeder Mann der Wissenschaft ein Recht hat.

In dem Capitel über Nasenasthma und in dem über Heufieber halten sich Semon und Williams zwar fern von dem extremen Standpunkt, den viele Autoren ungefähr vor 10 oder 15 Jahren über diesen Gegenstand inne hatten; sie bringen aber, wie mir scheint, den Zweifel und die Verwirrung, in der man bezüglich der Aetiologie über das Verhältniss von Ursache und Wirkung hin und her schwankt, nicht gehörig zum Ausdruck. Es verhält sich wahrscheinlich nicht so, dass das Heufieber „gewöhnlich“ durch den Reiz gewisser Pollenarten hervorgebracht wird. Es besteht alle Veranlassung zu der Annahme, dass dieser Reiz in vielen Fällen einen der Factoren darstellt, jedoch ist man weit entfernt die Mehrzahl der Fälle durch ihn erklären zu können. Niemals ist dies der einzige ätiologische Factor; bisweilen besteht sogar nicht einmal ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Pollen in der Luft und den gerade zu dieser Zeit vorherrschenden Heufieberfällen, während natürlich kaum von einer ätiologischen Verwerthung dieses Factums die Rede sein kann, wenn derselbe Symptomencomplex in

Jahreszeiten und an Stellen auftritt, wo es weder Heu noch andere pollentragende Pflanzen giebt. Indem die Verfasser dem unbekannten allgemeinen Factor eine hervorragende Rolle einräumen, der unbestimmten neurotischen Einflüsse in erster und des localen Nasenbefundes erst in letzter Linie Erwähnung thun, tragen sie viel dazu bei, das Sägen und Brennen der Nasenschleimhaut zu discreditiren, durch das ebenso das Naseninnere wie die rhinologische Literatur verschimpfirt zu werden pflegt; jedoch scheint mir, dass auf die Pollentheorie zu viel und auf die — den localen peripheren Reizungen zu Grunde liegenden — moleculären Störungen im sympathischen Nervensystem zu wenig Werth gelegt wird. Die ausgesprochene Vorliebe, mit der das Heufieber wohllebende und schwerfällige, aber nicht unthätige Reiche befällt, ist ein Zeichen, das darauf hinweist, dass zwischen der Form menschlicher Energie, die sich in der Erwerbung von Reichthümern äussert, und der Erwerbung des Heufiebers ein Zusammenhang besteht. Mannigfache Dinge führen dazu, die durch diesen Gleichgewichtsverlust freigewordene Energie zur Entladung zu bringen und es scheint mir zum mindesten ein Versehen, wenn man sagt, dass Heufieber oder Asthma oder selbst Niessparoxysmen gewöhnlich durch den Reiz verschiedener Pollenarten hervorgebracht werden. Diese irrige Richtung, die in allen Büchern über diesen Gegenstand zu Tage tritt, hat ihren Grund in der unwiderstehlichen Versuchung, Nachdruck und Bedeutung auf bekannte oder auch nur vermuthete greifbare Factoren zu legen, weil unbestimmte und unbekannte Factoren hervorzuheben und zu erörtern sich nur wenig Gelegenheit bietet, selbst wenn diese, wie im vorliegenden Fall, fundamentaler Natur sind.

Heufieber und Nasenasthma und Nasenpolypen kommen häufig zusammen vor. In einigen — sehr seltenen Fällen — genügt die Entfernung der Polypen zur Heilung der Neurose, so wie man einen festgefahrenen Wagen durch Abladen der Last flott macht. In diesen Fällen jedoch kommt vorgerücktes Alter oder Abnahme irgend eines anderen fundamentalen Einflusses vor der Operation in Betracht. Die Krankheit fällt in den meisten Fällen in die Zeit der Vollkraft des Nervensystems, d. h. des 25.—45. Jahres. Sie findet sich in Familien mit anderen Zeichen einer gezügelten oder ungezügelten nervösen Energie. Die langsam schleichende Zeit untergräbt diese verborgene Quelle der Energie, und wenn die pathologischen Gewebsveränderungen, die eine Folge, aber in Wirklichkeit nicht die Ursache des vasomotorischen Aufruhrs waren, beseitigt sind, wenn für die verschiedenen nasalen Functionen in Folge dessen normalere Bedingungen wiederhergestellt sind, dann verschwinden Heufieber und Asthma. Die Nasenpolypen werden gewöhnlich schon lange entdeckt bevor die Anfangssymptome des Heufiebers in der Anamnese dieser Fälle verzeichnet werden. Sie entstehen in Folge der wiederholten Schädigung des Bindegewebes durch die häufige Ueberfluthung mit dem aus den erschlafften Wandungen der kleinen Arterien ausgetretenen Serum. Diese Gefässerschlaffung ist eine Folge der vasomotorischen Lähmung, die durch die Stürme im sympathischen Nervensystem bedingt ist. Die Polypen vermehren das Uebel, sind aber nicht dessen Quelle. Man entferne die Polypen, man schicke den Patienten auf die Berge oder auf die See, man thue, was man wolle: der Erfolg ist nur ein ausnahmsweiser oder ein unvollkommener, weil der fundamentale nervöse Factor nicht beseitigt ist. Er ist die Quelle des Uebels.

Tilley empfiehlt in seiner Bearbeitung des Highmorshöhlenempyems in Fällen nicht dentalen Ursprungs den Weg durch die Fossa canina als Operationsverfahren. Es scheint wohl, dass in jenen seltenen Fällen von uncomplicirter Antrumeiterung, in denen man von einer ausgedehnten Operation absehen kann, die allgemeine Meinung für die Anwendung des ausschliesslich intranasalen Verfahrens ist; wenn jedoch der Zugang durch die Fossa canina gewählt wird, ist zweifellos eine permanente Oeffnung in der inneren nasalen Antrumwand einer permanenten Perforation, die in die Mundhöhle führt, vorzuziehen. Nachdem so die Höhle ausgeräumt ist, würde es ein Rückschritt sein, wenn man die Eingangsöffnung für Spülungen offen liesse, anstatt für diesen Zweck eine Oeffnung anzulegen, die in die Nasenhöhle führt und das Loch in der Fossa canina so bald als möglich zu schliessen. Im Ganzen ist die Chirurgie der Nebenhöhlen nur unzulänglich behandelt, ausser was die Stirnhöhle betrifft. Eine isolirte chronische Stirnhöhleneiterung und eine isolirte chronische Oberkieferhöhleneiterung sind verhältnissmässig seltene Vorkommnisse, abgesehen von den dentalen Oberkieferempyemen; sie sind leicht zu behandelnde Dinge und werden hier in hinreichender Weise erörtert. Nicht so die Fälle von combinirten Nebenhöhlenerkrankungen und von Pansinusitis; diese sind es, die an ein geschultes und gesundes Urtheil und ein operatives Geschick Anforderungen stellen, wie sie kaum bei Erkrankungen irgend einer anderen Körperregion an uns herantreten. Eine Klasse von Operateuren ist in solchen Fällen dreist drauflosgegangen, wo selbst ein Engel nur mit Zagen vorwärtsschreiten sollte; jedoch das letzte Wort über den Gegenstand ist noch nicht gesprochen. Mangel an Raum kann allein als Erklärung dafür dienen, dass Tilley es unterlassen hat, das Thema in das rechte Licht zu setzen, denn keiner von seinen Landsleuten ist besser geeignet, den Stoff zu bearbeiten als er.

Die Abtragung der Tonsillen, wie sie Semon und Williams beschreiben, ist eine Operation, auf die in Amerika sehr viel mehr Sorgfalt und Kunst verwendet wird. Das adenoide Gewebe wird hier von den jüngeren Operateuren mit einer Sorgfalt und Gründlichkeit entfernt, die das von den Autoren hier beschriebene Verfahren vermissen lässt. Die Abtrennung der Gaumenbögen von der Tonsille, das Nachinnenziehen dieser durch Haken an Stelle des Nachaussendrückens mittels äusseren Druckes, der Entfernung in Aethernarkose mittels der Schlinge, alles das scheint mir vor den älteren Methoden, wie sie scheinbar von Semon und Williams noch heute geübt werden, ausgesprochene Vorzüge zu haben.

Die Verfasser nahmen Bezug auf einen von mir mitgetheilten Fall von Mandelactinomycose; sie erwähnen seiner in Verbindung mit hier von Ruge berichteten Fällen von „actinomycesähnlichen Körperchen" in den Tonsillen sowie eines tödtlich verlaufenen Falles von Actinomycose des Gehirns, bei dem sich eine ähnliche Erkrankung der Tonsille fand. In dem Vorhandensein von Actinomycespilzen bei meinem Fall mit gleichzeitigem Zerfall des lymphatischen Gewebes und der im Ganzen gutartigen Natur des Falles kann man ein Bindeglied finden, zwischen den Ruge'schen Fällen und dem von Lesin, wo die Eingangspforte in der Tonsille war, der destruirende Process sich aber anderer Stelle abspielt. Seitdem es definitiv nachgewiesen worden ist, dass es mehr als zwanzig Arten von Actinomyces giebt, die meist gutartig sind und sich alle ausser durch ihre Morphologie und

das Culturverfahren nicht von einander unterscheiden, kann ich nicht umhin, anzunehmen, dass die „actinomycesähnlichen Körperchen“ die bei der Mikroskopie der Tonsillen ein so gewöhnlicher Befund sind und deren Vorkommen sich stricte auf die Krypten beschränkt, in Wirklichkeit nur Saprophyten oder doch wenigstens gutartige, nicht in die Tiefe dringende Abarten der grossen Familie der Strahlenpilze darstellen. In meinem eigenen Fall fand sich die Geschwulst unter dem Epithel und in erheblichem Abstand von diesem, aber zum mindesten während eines Jahres trat keine Metastasenbildung zu Tage. Es stimmt das durchaus überein mit dem, was wir über die Biologie der Gruppe der Strahlenpilze wissen und mit den allgemeinen Principien der Biologie.

Ich constatire mit Vergnügen, welchen Nachdruck Semon und Williams auf die Ruhigstellung des Kehlkopfs bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis legen, denn es entspricht diese Forderung einem der Hauptprincipien der Phthisiotherapie. Während aber das absolute Schweigegebot in den empfohlenen Heilplan aufgenommen ist, erfahren andererseits auch viele der alten Methoden des Curettirens, des Auskratzens, des Pinselns mit mehr oder minder reizenden Mitteln Billigung. Es ist schwer verständlich, wie derartige Maassnahmen mit der Ruhe, die dem Kehlkopf auferlegt werden soll, vereinbar sind. Der Gedanke, irgend ein Mittel könne so weit eindringen, irgend eine Operation so tief wirken, dass dadurch die Tuberkelbacillen in dem submucösen Gewebe ausgerottet werden könnten, hat eine Stütze durch zahlreiche Enthusiasten gefunden, die wohl von der Empfindung beherrscht wurden, dass wir doch in Wirklichkeit nicht gut, ohne uns selbst herabzusetzen, Angesichts einer solchen Erkrankung die Hände falten und sagen dürfen: Requiescat in pace. Und doch hat, wie der logische Verlauf der Dinge in der Phthisio-Therapie ergab, sich diese Haltung als die richtige erwiesen.

Interessant ist es, den Glauben der Autoren an die „Mischerkrankungen“ von Syphilis und Tuberculose zu constatiren. „Gemischt“ ist häufig die Ansicht des Beobachters bezüglich der Diagnose, ob es die Krankheit jemals ist, erscheint fraglich.

Das Vorkommen glatter tuberculöser Tumoren wird verständigerweise erwähnt und vor den häufigen diagnostischen Irrthümern gewarnt, zu denen sie Anlass geben. Aus meiner ansehnlichen Erfahrung in der speciellen und mikroskopischen Diagnostik heraus kann ich nur wiederholt sagen, dass die Wichtigkeit dieser Thatsache in den Lehrbüchern gewöhnlich nicht den Platz angewiesen erhält, den sie verdient. Solch ein aussergewöhnlicher Tumor hat oft Jahre hindurch bestanden, ohne dass er irgendwelche besonderen Symptome macht oder irgendwelche anderen Anzeichen von Tuberculose vorhanden sind. Kommt dann die Natur der Geschwulst durch die mikroskopische Untersuchung an's Licht, so bedeutet dies gewöhnlich für den klinischen Beobachter eine völlige Ueberraschung.

Die Stellung, die Sir Felix Semon bezüglich der intralaryngealen Operation zur Stückchenentnahme zwecks mikroskopischer Untersuchung bei malignen Tumoren einnimmt, ist wohlbekannt. Ich stimme völlig mit seiner Ansicht überein, und soweit ich aus der grossen Zahl solcher Probestückchen, die mir von Amerikanischen Laryngologen zur Untersuchung unterbreitet wurden, schliessen

kann, ist die Mehrzahl dieser frei von der Befürchtung, durch eine Umwälzung in den biogenetischen Verhältnissen der Kerne eine Umwandlung gutartiger in bösartige Tumoren hervorrufen zu können. Weder Zange, noch Caustik, noch Messer haben solch eine umwandelnde Kraft. Ganz abgesehen von modernen Theorien, ist es schwierig angesichts der vor einigen 20 Jahren von Semon zusammengestellten Statistik zu verstehen, wie einige Beobachter klinische Thatsachen, die der Semon'schen Ansicht zu widersprechen scheinen, ohne hinreichende kritische Analyse acceptiren konnten.

Es war zu erwarten, dass das Capitel über maligne Kehlkopfkrankheiten von Semon und Williams von hervorragendem Werth für den allgemeinen Practiker sein würde. Auch wer eine noch so ausgedehnte Erfahrung hat, wird in Bezug auf die Differentialdiagnose werthvolle Winke finden. Trotz der glänzenden von Semon, Chevalier Jackson, Gluck erzielten Resultate bin ich langsam zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Frage, ob Operation oder nicht, gewöhnlich nach der Psychologie des Operateurs entschieden wird, dass sie jedoch gewöhnlich fast ausschliesslich nach der Psychologie des Patienten entschieden werden sollte. Ich will keineswegs leugnen, dass man gelegentlich einen Fall in einem Stadium zu Gesicht bekommt, wo die Rathsamkeit einer Thyreotomie nicht fraglich sein kann. Es würde interessant sein, zu erfahren, in welchem Zahlenverhältniss die von Sir Felix Semon operirten Fälle zu der Gesammtzahl derer steht, die er überhaupt gesehen hat, und wie viele die von ihm vorgeschlagene Thyreotomie verweigert haben. Ich habe einen Mann mit Kehlkopfkrebs länger als 12 Jahre lang ohne Beschwerden leben sehen ohne Radicaloperation. Ich habe mehrere gesehen, die länger als 5 Jahre lebten. Wenn ein Mensch, nachdem man ihm gesagt hat, dass er an einem Kehlkopfkrebs leide, der eine schwere Operation nothwendig mache, sich mit Gier an diesen Rath klammert, würde es grausam sein, ihm — zwar nicht die Aussicht auf Leben und Wohlbefinden — aber doch jene Hoffnung zu rauben, die „ewig spriesset in der Menschen Brust“ und die durch den mehr oder minder unmittelbaren Erfolg der Operation gewährt wird. Im Geheimen flüstern wir uns selbst zu, dass alles in allem der Tod infolge der Operation bei weitem nicht die böseste der Möglichkeiten ist. Unter diesen Umständen soll der Patient, nicht der Chirurg, zur Operation drängen.

Die stürmischen Erörterungen, die vor 10 Jahren um die Frage der Kehlkopflähmung tobten, haben sich gelegt, nicht weil das Interesse, das sie erweckte, schliesslich dazu geführt hätte, die vielen dunklen Punkte in der Innervation des Kehlkopfs und ihren krankhaften Zuständen aufzuklären, sondern augenscheinlich infolge einer durch die Hitze des Streites bedingten Erschöpfung. In den ersten Lieferungen der vorliegenden Auflage war infolge eines Versehens der wichtige Beitrag Rosenbach's, der zu dem allen älteren Laryngologen denkwürdigen Conflict führte, nicht erwähnt; als die Autoren, Semon und Williams, nachdem das Buch die Presse verlassen hatte, dieses Versehen bemerkt hatten, wurde in den späteren Abdrücken die versehentliche Unterlassung richtig gestellt. Mit Ausnahme des Saundby'schen Falles, in dem die Erweiterer des Kehlkopfs bei einer Erkrankung des N. recurrens infolge Oesophaguscarcinom zuerst betroffen wurden, sind unsere klinischen Kenntnisse in den letzten 10 Jahren wenig, unsere

physiologischen Kenntnisse kaum mehr bereichert worden. Jedoch ist die Uebersicht Semon's, der selbst als Hauptrufer im dichtesten Kampfgewühl stand, bündig, vollständig und werthvoll.

Die in dem Saundby'schen Fall constatirte Ausnahme erschüttert das Rosenbach-Semon'sche Gesetz, das uns gelehrt hat, beim Beginn einer Erkrankung der Kehlkopfnerven oder seiner Centren stets zuerst eine Posticuslähmung zu erwarten. Der Versuch der Verfasser, diese singuläre Erscheinung durch eine chemisch-physiologische Differenzirung zu erklären, dürfte kaum mehr Licht bringen, als der alte tautologische Ausdruck: „grössere Vulnerabilität". Es könnte kaum etwas anderes, als ein göttliches Eingreifen bedeuten.

Im Ganzen genommen sind die Capitel über Kehlkopfkrebs und Kehlkopfneurosen vortrefflich. Diejenigen über Bronchoskopie und Trachealkrankheiten sind verhältnissmässig umfangreicher als gewöhnlich, was durchaus recht ist.

Es sind noch einige Druckfehler oder Irrthümer in Bezug auf Namen zu erwähnen, so Goodall anstatt Goodale auf Seite 285.

Jonathan Wright (New York).

---

b) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 18. Februar 1908.

A. Castex: Schwere Parasyphilis des Larynx.

C. stellt einen 44jährigen Mann vor, den er seit einem Monat in Beobachtung hat. Die Krankheit soll nach Aussage des Patienten seit 2 Jahren bestehen. Epiglottis, Vestibulum laryngis und ein Theil der Zungenbasis sind von grossen grauen Fungositäten eingenommen, die die Gegend ganz unkenntlich machen. Patient hat im Jahre 1887 einen harten Schanker gehabt. C. hält die vorliegende Erkrankung für eine „parasyphilitische Affection" des Kehlkopfs, dabei denkt er aber an die Möglichkeit einer Umwandlung in Epitheliom. Bisher sind nur antiseptische Inhalationen gemacht worden; sollte jene Umwandlung aber stattgefunden haben, so soll die Tracheotomie gemacht werden.

Cauzard: Nasenrachenpolyp.

C. stellt einen im Jahre 1900 von Le Bec wegen Nasenrachenpolypen operirten Kranken vor, der im Jahre 1902 und Ende 1903 von ihm selbst wieder operirt worden ist. Das letzte Mal wurde auch der linke Sinus maxillaris eröffnet, aber frei befunden. C. hat ihn 1904 der Gesellschaft auf dem Wege der Heilung vorgestellt. Jetzt ist wieder ein grosser Polyp in der linken Nasenhöhle und der Choanalgegend vorhanden. Patient ist infolge häufiger Blutungen sehr anämisch geworden. C. ist geneigt, die Rhinotomie nach der Methode Moure's zu machen.

Georges Laurens hat mehrere derartige Fälle operirt; er findet, dass man den besten Zugang mittels der sublabialen Methode erhalte. In einigen Fällen hat er damit die temporäre oder definitive Resection der aufsteigenden Oberkieferapophyse verbunden. Er hält dies für die bei kleinen Nasenrachenpolypen mit grossen intranasalen Fortsätzen angezeigte Methode.

Furet hat einen Fall mit Hülfe von Lubet-Barbon nach dessen Methode operirt. Es ging alles gut, bis am 4. Tage eine sehr heftige Nachblutung auftrat.

Castex hat vor 4 Jahren einen 16jährigen jungen Mann an einem Nasenrachenfibrom operirt. Er schien geheilt, bis vor einem Monat plötzlich eine Erkrankung des rechten Auges eintrat, die dessen Enucleation nöthig machte; es stellte sich heraus, dass es sich um eine fibröse oder eine fibrosarkomatöse Masse in der rechten Orbita handelte, die mit der Nase nicht in Zusammenhang stand.

Cauzard: Acute fistulöse Stirnhöhleneiterung. Resection der ganzen Vorderwand des Stirnbeins und der inneren Partie der beiden Orbitalränder.

Unter hohem Fieber trat nach heftigem Schnupfen Oedem der rechten Stirnhöhlengegend und des Augenlides ein. Ein Chirurg machte eine Incision und es entleerte sich stinkender Eiter. C. diagnosticirte eine Sinusitis fronto-maxillaris. Er eröffnete zunächst die Stirnhöhle, fand die Vorderwand perforirt und nekrotisirt und legte in die sehr grosse Höhle ein Drain ein. Nach 14 Tagen wird à froid die Radicaloperation gemacht. Es wird die Vorderwand, das Orbitaldach resecirt, ausserdem aber die inneren zwei Drittel des Orbitalrandes, der Orbitalfortsatz des Stirnbeins. Da das Septum zwischen den beiden Stirnhöhlen perforirt und auch die linke Höhle mit Granulationen angefüllt gefunden wurden, so trug C. auch die Vorderwand der linken Höhle und ein Drittel des linken Orbitalrandes ab. Die Oberkieferhöhle wurde nach Caldwell-Luc operirt. Seit einem Jahre völlige Heilung.

Cauzard stellt ein 8jähriges Mädchen, das hämophil ist und bei dem er die submucöse Septumresection gemacht hat, vor. Die Blutung stand auf Anwendung von Chlorcalcium. Functionelles Resultat gut.

Grossard: Vorstellung von Kranken.

1. Fall von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand.

Fall von hereditärer Syphilis. Es besteht nur eine kleine ulceröse Perforation als eine Communication mit dem Nasenrachenraum.

2. Schwere syphilitische Zertörungen in Nase und Rachen.

Totaler Verlust des Septums, der Muscheln und des harten Gaumens; der Oberkiefer ist zum grössten Theil destruirt, der Alvealarfortsatz verschwunden.

3. Tumor des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes.

34 Monate altes Kind; der Tumor ist haselnussgross. Da das Kind eine tuberculöse Osteitis des rechten Humerus hat, so dachte G. an einen kalten Abscess; die Punction war negativ.

Sitzung vom 10. April 1908.

Robert Foy: Funtionelle nasale Impotenz. Behandlung mittels Erziehung.

F. berichtet über 5 Fälle, deren einen er persönlich beobachtet hat, alle Frauen betreffend, die früher an Nasenverstopfung gelitten hatten und seit Jahren,

obwohl die Nase vollkommen frei ist, Erstickungsanfälle bekommen, sobald sie die Nasenathmung versuchen. Drei von den Frauen weisen einige hysterische Stigmata auf; die beiden anderen nicht. Die letzteren beiden wurden in einigen Tagen mittels Erziehung geheilt. F. hält das Ganze für eine leichte Psychose.

Guisez: Grosser Cricotrachealpolyp. Abtragung mit directer Tracheoskopie. Heilung.

Der Tumor hat die Grösse einer Kirsche und ist zweigelappt. Es war dem Patienten eine Thyreotomie vorgeschlagen worden. Der Stiel des Tumors sass am unteren rechten lateralen Theil des Ringknorpels, ging bei der Inspiration in die Trachea und wurde bei der Exspiration nach oben geschleudert. Es bestanden ausgesprochene Erscheinungen von Athemnoth. Unter Anwendung des Röhrenspatels gelang die Abtragung des Tumors leicht.

Hautant: Der chronische Cocainismus mit nasaler Anwendung,

Es sind einige derartige Fälle von Sollier beobachtet worden. H. hat eine Kranke beobachtet, bei der so starke Cocainmanie bestand, dass sie täglich 10 g verbrauchte. Ausser den allgemeinen Intoxicationssymptomen war als localer Befund eine oberflächliche Geschwürsbildung am Naseneingang zu constatiren, die mit der Unterdrückung des Giftes schnell verschwand.

Lubet-Barbon hat häufig bei Cocainomanen eine Perforation des Septums constatiren können, was sich durch die vasomotorische, eine Anämie herbeiführende Wirkung des Cocains erklären lässt. Die Gewebe werden infolge der Anämie in ihrer Vitalität geschädigt und infolge einer Art von Gängrän tritt die Perforation ein.

Paul Laurens: Hirnabscess infolge chronischen doppelseitigen Stirnhöhlenempyems.

Die hintere Stirnhöhlenwand wurde intact, die Meningen normal befunden; man muss eine Infection auf dem Blut- oder Lymphwege annehmen. Der Eiter enthielt Pneumokokken. Die Symptome waren: Verlangsamte Hirnfunction, die an Coma hätte glauben lassen können, Pulsverlangsamung auf 48. Beide Symptome verschwanden nach Eröffnung des Abscesses. Obwohl der Abscess den Stirnlappen einnahm und die Grösse einer Mandarine hatte, kehrten die Hirnfunctionen zur Norm zurück. Die Eröffnung der Abscesshöhle muss sehr ausgiebig sein, mittels eines starken Drains drainirt und der Verband zweimal täglich erneuert werden.

Brindel.

---

c) Société Française de Laryngologie.

Mai 1908.

Brindel (Bourdeaux): Empyeme bei Grippe.

B. unterscheidet die Empyeme bei Grippe nach ihrer Virulenz und infectiösen Natur wesentlich von den Empyemen gewöhnlichen Ursprungs. Er hat 7 Fälle beobachten können und ist selbst daran erkrankt gewesen. Diese Empyeme sind contagiös. Sie sind charakterisirt durch einen Ausfluss, der anfangs sero-

sanguinolent ist, später eitrig wird, ausserordentlich reichlich und von heftigen periorbitalen Schmerzen begleitet ist. Man constatirt allabendliche Zunahme der Symptome, Osteitis der Wandungen, Einfluss auf den Allgemeinorganismus, den Magendarmcanal, die Bronchien und die Ohren. Die mittlere Dauer der Affection beträgt 14 Tage. Symptomatische Behandlung. Prognose im Allgemeinen günstig.

Raoult (Nancy): Sarkom der Nasenhöhle. Stirnhöhlenempyem. Operation. Zehn Jahre dauernde Heilung.

Es handelte sich um ein 15jähriges Kind, bei dem man im Jahre 1901 die linke Nasenhöhle von einer graufarbigen, mit Eiter bedeckten Masse ausgefüllt fand. Klinisch bestanden alle Zeichen für Sarkom, die histologische Untersuchung eines Fragments ergab jedoch ein negatives Resultat. Als die Symptome einer linksseitigen Stirnhöhleneiterung auftraten, wurde die Höhle geöffnet; die Incision wurde durch die Nélaton'sche ergänzt und von der Oeffnung aus der Tumor curettirt. Nach 2 Jahren Recidiv. Der Kranke starb 1907.

Lavrand (Lille): Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen. Histologische Untersuchung.

Fall I. 14jähriges Kind, dessen Nasenrachen von einem Polypen ausgefüllt war, der die Grösse einer Nuss hatte und von der rechten Choane entsprang. Abtragung mittels einer gekrümmten Zange unter Leitung des linken Zeige- und Mittelfingers. Keine Blutung. Heilung innerhalb weniger Tage mit vorübergehender Lähmung der rechten Gaumensegelhälfte. Histologisch bestand der Tumor aus jungem Bindegewebe und einem reichen Netz von Capillaren und kleinen Venen, was ihn von gewöhnlichen Polypen unterschied.

Fall II. Kleiner langer, dünner Polyp, der mittels der kalten Schlinge entfernt wurde. Histologisch: Polyp, der aus entzündetem lymphatischem Gewebe mit tiefen Einsenkungen nach Art der Mandelcrypten bestand.

Texier (Nantes): Ueber die Insertionsstelle der Nasenrachenpolypen.

Zwei Fälle. In dem ersten inserirte der Stiel des Polypen unmittelbar über der Choane, etwas nach hinten davon. Im zweiten Fall konnte man constatiren, dass der Tumor im Niveau der linken Hälfte des Keilbeins sass. Es geht daraus hervor, dass die Annahme von dem klassischen Ursprung der Geschwülste von dem Gewebe der Cartilago fibro-basilaris ungenau ist und dass der Ursprung häufig am Keilbein resp. am oberen Rand der Choane sich befindet.

Chavanne (Lyon): Fremdkörper der Oberkieferhöhle.

Es handelte sich um Stück Zahnwurzel, das wahrscheinlich bei einer Zahnextraction hineingerathen war.

Jacques (Nancy): Pathologische Anatomie und Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen.

In 5 von J. beobachteten Fällen war die Insertion rein nasal. Der Stiel sass stets am Nasendach über der Keilbeinhöhle. So erklärt sich das Befallensein der

Nase, der Sinus und besonders der Keilbeinhöhle, ebenso wie das Hindurchwachen durch die Lamina cribrosa. Verf. betrachtet den naso-maxillaren Weg als den rationellsten zur Entfernung des Tumors.

Jacques (Nancy) und Mathieu (Challes): Ueber die Behandlung der widerspenstigen Nasensynechien.

Verf. wenden mit Erfolg folgendes Verfahren an:

1. Perforation der Basis der Synechie mit dem Galvanokauter in sagittaler Richtung.

2. Nach Verschwinden des Aetzschorfes Fixation eines Elfenbeinpflöckchens in Form eines Hemdenknopfes, das bis zur vollkommenen Epidermisirung der Oeffnung (20 Tage) liegen bleibt.

3. Durchtrennung der künstlich hergestellten brückenförmigen Synechie mit dem Galvanokauter von oben nach unten. Nachbehandlung wie bei den gewöhnlichen brückenförmigen Synechien.

Bonain (Brest): Allgemeine Narkose für kurzdauernde Eingriffe.

B. verwendet eine Mischung von gleichen Theilen Chloräthyl und Chloroform.

Dupond (Bordeaux): Epitheliom des Nasenrachens.

50jähriger Mann. Die linke Hälfte des Nasenrachens ist eingenommen durch eine granulirende Masse, die das Gaumensegel nach vorne drängt. In der Parotisgegend grosse Drüsen; eine andere weniger grosse Drüse an der Carotis. Die histologische Untersuchung zeigt, dass es sich um einen epitheliomatösen Tumor handelt.

Luc (Paris): Anwendung der localen Anästhesie zur Radicalbehandlung des Oberkieferempyems.

Aufpinselung einer Cocain-Adrenalinlösung auf die Schleimhaut der unteren Nasenganges, Injection einer Lösung von 1 : 1000 unter die Schleimhaut der Fossa canina; Einführung eines mit letzterer Lösung getränkten Gazestreifens in die Höhle nach deren Eröffnung.

Mignon (Nizza): Grosse Mandelsteine.

Der Stein maass $2^1/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite und 1 cm Dicke; sein Gewicht betrug circa 5 g. Der Kranke klagte nur über geringe, seit langer Zeit bestehende Schluckbeschwerden.

Jacques (Nancy): 1. Peritonsilläre Phlegmone tödlich verlaufend infolge Thrombose des Sinus cavernosus.

Der 46jährige Patient wies Zeichen einer rechtsseitigen Peritonsillitis auf. Frühzeitige Incision mit dem Galvanokauter; Entleerung von Eiter. Einige Tage darauf Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Auftreten von Zeichen von Septicämie; Tod am 7. Tage in Coma mit Symptomen von linksseitiger Thrombose des Sinus cavernosus. Die Autopsie ergab: Thrombophlebitis des Sinus cavernosus und coronarius, Osteomyelitis der Sella turcica; Basalmeningitis und einen encephalitischen Herd in der Rinde.

2. Ueber die Jodbehandlung der Rachenulcerationen.

Infolge der Jodausscheidung durch den Speichel wird eine fortwährende antiseptische Berieselung der Geschwüre in Mund und Rachen bewirkt. Auf Grund früherer Untersuchungen, die er über diesen Gegenstand angestellt hat, empfiehlt er interne Jodmedication gegen tuberculöse Erscheinungen in Mund- und Rachenhöhle.

Trétrôp: Die Stimmbandparesen bei der Grippe.

Im Verlauf einer Grippe-Epidemie hat T. sechs Fälle von Stimmbandparese als Folge dieser Infectionskrankheit beobachtet, nachdem alle entzündlichen Erscheinungen vollständig verschwunden waren. T. erklärt diese functionelle Störung durch die Wirkung der Grippe-Toxine auf die motorischen Nerven.

Trétrôp: Nasenstörungen bei Sängern.

Auch geringfügige Affectionen der Nase können infolge der wichtigen Rolle, die diese beim Gesang spielt, sehr erhebliche Störungen bei Sängern bewirken. Bei der Behandlung dieser Affectionen hüte man sich vor energisch wirkenden Mitteln.

Collet (Lyon): Kehlkopfstörungen bei Friedreich'scher Krankheit.

Während 5 Jahren hat C. einen Fall von Friedreich'scher Krankheit beobachten können; er hat Laryxkrisen und bei der laryngoskopischen Untersuchung Motilitätsstörungen constatiren können. Die Larynxkrisen, die mehrere Male auftraten, manifestirten sich durch Schluckbeschwerden, Constrictionsgefühl, Einziehungen, Schweissausbruch, Pulsbeschleunigung etc.

Boulay und Le Marc Hadour (Paris): Bericht über Pharynxparästhesien.

Redner unterscheiden verschiedene klinische Formen: Die benigne Form, die die gewöhnlichen Fälle umfasst und durch ein Gefühl von gène charakterisirt ist, ohne dass es zu Beeinträchtigungen des Bewusstseins oder krankhafter Angst käme. In den schweren Fällen, in denen das Nerveusystem mehr betroffen ist (Neurasthenie, Psychasthenie), herrscht dieses psychische Element vor, können Conplicationen mit Tics, functionellen Phobien etc. bestehen. Die hysterischen Parästhesien nehmen einen besonderen Platz ein, sowohl bezüglich der Pathogenese, wie der Prognose und Behandlung. In pathologischer Beziehung ist der Ausgangspunkt der Parästhesien entweder eine sensorielle Illusion oder eine sensorielle Hallucination. Die Diagnose der pharyngealen Parästhesien ist im Allgemeinen leicht. Die Prognose hängt von dem Terrain ab, auf dem die Krankeit sich entwickelt hat, d. h. von der Suggestibilität des Patienten und seinem Wunsch, geheilt zu werden. Die Therapie kann je nach dem betreffenden Fall variiren, jedoch muss sie immer auf die neuropathische Anlage des Patienten Rücksicht nehmen.

Gaudier (Lille): Die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Die analgesirenden und umstimmenden Eigenschaften dieser Methode machen sie zu einem ausgezeichneten Linderungsmittel bei der Behandlung der tuber-

culösen Laryngitis. Dieselben Gründe indiciren die Anwendung bei acuten Tonsillitiden, einfachen und abscedirenden, ebenso wie bei der gewöhnlichen Coryza.

Massier (Nizza): Tuberculöse Perichondritis des Kehlkopfs; partielle Epiglottectomie; Ausstossung von Sequestern; Tracheotomie.

Der Patient war, ohne vorher behandelt zu sein, in das dritte Stadium der Larynxtuberculose gelangt. Durch die Abtragung der Epiglottis wurde die Dysphagie erheblich gebessert. M. befürwortet auch die Tracheotomie in diesem Kranhheitsstadium in dem Augenblick, wo infolge entzündlichen Oedems die Gefahr der Asphyxie besteht.

Mahu (Paris): Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie.

Das Instrument, das bei geöffnetem Munde die selbstthätige Fixation der Zunge gestattet und dem Chirurgen erlaubt, beide Hände zu gebrauchen, vereinfacht die Technik gewisser Operationen in Mund- und Rachenhöhle, wie die Tubage bei Diphtherie, Staphylorrhaphie, Uranoplastik, Exstirpation von Nasenrachengeschwülsten, Operation adenoider Vegetationen und Enucleation der Tonsillen.

Castex: Partielle Laryngectomie auf lateralem Wege.

Das Verfahren eignet sich besonders für die Epitheliome der hinteren Larynxwand. C. schafft sich einen Zugang von der linken Halsseite aus. Lange Incision auf die Platte des Schildknorpels, Freilegung des knorpeligen Kehlkopfskeletts von vorn nach hinten; Resection des oberen Schildknorpelhorns. Man incidirt darauf in verticaler Richtung die seitliche Pharynxwand und kommt auf die Hinterwand des Larynx.

Lafette-Dupond: Modification an der Operationstechnik der Thyrotomie.

Redner hat den Gedanken gehabt, die Kettensäge für die Durchtrennung des Schildknorpels zu gebrauchen; dieses Instrument soll der Scheere vorzuziehen sein, bei der der Schnitt oft unregelmässig ausfällt und bisweilen die Stimmbänder verletzt werden.

Lannois (Lyon): Zottentumor des Larynx.

Demonstration eines sehr weichen Tumor von der Grösse einer Kastanie, der das linke Stimmband einnahm. Wegen seiner Grösse und seiner Härte war es unmöglich, ihn auf endolaryngologischem Wege zu entfernen nnd man musste zur Thyreotomie schreiten. Der Patient, der 61 Jahre alt war, erlag am nächsten Tage einer Bronchopneumonie. Histologisch handelte es sich um ein Papillom mit Hypertrophie der Rete Malpighi und der Hornschicht.

Mathieu (Challes): Syphilis und Tuberculose.

Beobachtung eines Patienten mit Kehlkopf- und Lungentuberculose, bei dem sich ein Gummi der Nase entwickelte.

Lannois (Lyon): Regeneration einer Stimmlippe nach totaler Entfernung wegen Geschwulstbildung.

Demonstration einer stereoskopischen Aufnahme, die einen Larynx zeigt, bei dem die ganze rechte Stimmlippe sich regenerirt hat, nachdem sie wegen eines sehr circumscripten Epithelioms exstirpirt war.

Bichatou (Reims): Zwei Fälle von Schleimhautpemphigus, deren einer complicirt mit schweren Augenstörungen.

Fall I. 33jährige Frau. Seit 2 Monaten Halsbeschwerden. Es finden sich Pemphigusblasen auf der Schleimhaut des Mundes und des Rachens. Vier Monate später Auftreten von Blasen auf dem ganzen Körper; Tod in noch nicht einem Jahre.

Fall II. 38jähriger Mann. Pemphigus auf der Innenfläche der Wangen, des Gaumensegels und der Rachenwand, complicirt durch Xerose beider Augen.

Sebileau und Glover (Paris): Hyo-Thyrotomie wegen Papillomen bei einem 13jährigen Kind.

Operation vor circa 2 Monaten; 13 Tage nach der Operation Decanulement.

Moure: Man darf nicht zu schnell an die Heilung des Patienten glauben. Man sieht oft noch nach langer Zeit Recidive. Das einfache Tragen der Canüle scheint heilend zu wirken. Er berichtet über einen Fall, in dem die Papillome jedesmal recidivirten, wenn die Canüle geschlossen wurde.

Castex citirt einen gleichen Fall. Er glaubt an die wohlthätige Wirkung vollständiger Stimmruhe. Trivas (Nevers).

---

d) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

N. Arnoldson zeigte mikroskopische Larynxpräparate, und zwar:

a) von Angioma cavernosum bei einer 35jährigen Frau,

b) von Fibroma laryngis bei einem 34jährigen Mann,

c) von Haematoma der Plica vocales bei einem 28jährigen Mann (Prediger); das Hämatom sah klinisch wie ein Sängerknötchen aus, und

d) von tuberculösen Infiltrationen im Larynx.

v. Rosen u. G. Holmgren. Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus. Extraction. Heilung.

Ein $2^1/_2$jähriges Mädchen aspirirte um 6 Uhr Vorm. eine Kaffeebohne, unmittelbar danach lästige Hustparoxysmen und Atemnot. Status um 12 Uhr Vorm.: Keine Dyspnoe oder Cyanose, ruhige Athmung; Lunge normal, rechts überall schwaches vesiculäres Athmungsgeräusch. Um 6 Uhr Nachm. wurde der Fremdkörper aus dem rechten Bronchus extrahiert; einige Tage danach Stenosesymptome und rechtsseitige Bronchopneumonie. Heilung.

G. Holmgren: nach allgemeiner Narkose und Kokainisieren des Larynx und der Trachea wurde der Fremdkörper durch das eingeführte Bronchoskop entdeckt und ohne Blutung extrahiert; die Schleimhaut war deutlich angeschwollen und die Luft konnte nur an der flachen Seite der Bohne passiren.

G. Holmgren. Fremdkörper im Oesophagus. Extraction. Heilung.

Eine 30jährige Frau konnte seit 24 Stunden nur flüssige Speise schlucken, weil „ein Knochen im Hals stecken geblieben war". Sie klagte ausserdem über Schmerzen „tief in den Hals" in der Höhe der oberen Brustapertur. 24 cm von der oberen Zahnreihe wurde durch das Oesophagoskop ein sagittal stehender Knochen angetroffen, dessen hinterer Theil mit dem Tupfer, und dessen vorderer Theil, der in die vordere Wand des Oesophagus hineingedrungen war, mit einer Zange entfernt wurde. Heilung. Der 3 cm lange Knochen war nur beim Zurückziehen des tief eingeführten Oesophagoskops zu sehen.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Larynxtuberculose bei einer jungen Frau, die mit gutem Allgemeinzustand an Lungenphthisis (I. u. II. Stadium) litt; der grössere Teil des Taschenbandes war infiltrirt und ulcerirt; Aphonie. In zwei Sitzungen wurde das Infiltrat mit der Curette entfernt; Heilung, die Stimme fast klar.

E. Stangenberg.

III. Briefkasten.

Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

Seit der Veröffentlichung des Berichtes in der Februarnummer ist von der American Laryngological Rhinological and Otological Association eine herzliche Glückwunschadresse eingelaufen, für welche wir auch an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank auszusprechen wünschen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, April. 1909. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **V. Delsaux. Vortheile der Decimalclassification in der Oto-rhino-laryngologie. (Avantages de la classification décimale dans oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Befürwortung des Festhaltens und der Verbesserung dieser bibliographischen Classificationsmethode.

PARMENTIER.

2) **M. Lermoyez** (Paris). **Ueber die Bedeutung der rhino-laryngologischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine Diagnostik. (De la valeur des explorations rhino-laryngologiques pour le diagnostic général.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Kurze retrospective Rundschau über die Vortheile, welche der allgemeinen Diagnose durch die Erfindung des Laryngoskops durch Garcia, die Begründung der Laryngologie durch Türck und die Verbesserung und Verbreitung der Methode auf der ganzen Welt erwachsen sind. Dank der neuen Explorationsmethoden, die wir hauptsächlich Killian verdanken, schliesst der Verf., beginnt und endet das halbe Jahrhundert, welches sich von Türck bis zu letzterem erstreckt, mit zwei gleich grossartigen Entdeckungen.

PARMENTIER.

3) **K. Kofler. Ein Fall von „Naevus Pringle“ der Haut mit Teleangiectasien an den Schleimhäuten und wiederholten Hämorrhagien aus denselben.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten des Hofraths O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Gutartige Tumoren der Haut und Schleimhaut, die familiär und hereditär auftreten und alle Uebergänge vom Naevus zum Angiom zeigen können. Der beschriebene Fall gehört in jene Gruppe, in der die Angiombildung vorherrscht.

HANSZEL.

4) **J. Stein. Mundhöhle, Nase und Hals in ihren Beziehungen zum Magen und Darm. (The mouth, nose and throat in their relations to the stomach and intestine.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. bespricht die Complicationen des Typhus seitens der oberen Luftwege, die hyperämischen Zustände im Rachen bei Dyspepsien, bei chronischer Obstipation etc. Der Befund von grossen Mengen Indican im Urin hat ihm stets als wertvoller Hinweis für die Aetiologie manchen hartnäckigen Katarrhs gegolten. Besonders aufmerksam macht Verf. auf zwei Erkrankungen der Speisewege, deren Einfluss auf die Atmungsorgane er nach seinen Erfahrungen sehr hoch schätzt: Erstlich die Atonie des Magens und der Därme. In Folge der durch diesen Zustand bedingten Dilatation von Magen und Darm resultirt eine Enteroptose. Manche chronische Rhinopharyngitis, die jeder Behandlung trotzt, geht zurück, wenn die Atonie der Verdauungswege beseitigt ist. Ferner macht Verf. darauf aufmerksam, dass im Anfangsstadium eines Oesophaguscarcinoms bisweilen keine anderen Symptome bestehen wie Parästhesien im Pharynx. EMIL MAYER.

5) **Ludvig Nielsen** (Kopenhagen). **Pemphigus oris, pharyngis et laryngis, Seqvelae pemph. conjunctivae.** *Dansk dermatologish Selskab Hospitals-Tidende. No. 26. P. 780. 1908.*

Fall eines 56 jährigen Mannes. E. SCHMIEGELOW.

6) **H. Rudberg. Studien über die Thymusinvolution.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. S. 123. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **M. Cheval. Untersuchungen über die Lymphocyten der Thymusdrüse. (Recherches sur les lymphocytes du thymus.)** *Bibliogr. Anat. T. 17. p. 189.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

8) **Mac Lennan. Experimentelle Untersuchung über Function der Thymusdrüse. (Experimental investigation into the function of the thymus gland.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Das Resultat der Experimente zeigt, dass die Thymusdrüse unnöthig für den Stoffwechsel ist, wenn die Schilddrüse fort ist; ist die Thymusdrüse entfernt, so genügt das Vorhandensein von weniger Schilddrüsensubstanz. Die Wichtigkeit der gegenseitigen Beziehung tritt zu Tage bei gewissen Krankheiten. So giebt es einen Typus von Basedow, wo auf die Exstirpation der Schilddrüse plötzlicher Tod folgt und wo die Section eine vergrösserte Thymus ergiebt. Eine Vergrösserung der Thymusdrüse wird auch — in manchen Fällen gewiss mit Recht — als Todesursache beim sogenannten Status lymphaticus angeschuldigt und nach der Entfernung der Schilddrüse führt die vergrösserte Thymus zu denselben Verhältnissen, wie beim sogenannten Thymustod. In Fällen von Basedow'scher Krankheit, in denen die Entfernung der Schilddrüse als zweckmässig erachtet wird, soll also nach Ansicht des Verf. zunächst der Zustand der Thymusdrüse berücksichtigt werden und falls diese vergrössert ist, soll ihre Entfernung der Thyreodectomie vorausgehen. LEFFERTS.

9) **F. Gwyer. Thymusdrüsenbehandlung bei Carcinom. (Thymus gland treatment of cancer.)** *N. Y. Medical Journal. 25. April 1908.*

Verf. berichtet über seine Versuche, die er mit Anwendung von getrockneter Thymusdrüse bei inoperabeln Fällen von Carcinom gemacht hat; es soll vorübergehende Besserung im Allgemeinbefinden zu constatiren gewesen sein.

LEFFERTS.

10) **C. N. Dowd. Technik der Frühoperation zur Entfernung tuberculöser Cervicaldrüsen. (Technique of early operation for the removal of tuberculous cervical lymph nodes.)** *N. Y. Medical Journal. 22. August 1908.*

D. empfiehlt äusserste Gründlichkeit bei der Entfernung; es sollten möglichst alle inficirten Drüsen entfernt werden. Die Incision soll ein Finger breit unter dem Kieferrand gemacht werden. Der N. facialis muss nach oben gezogen werden, der Sternocleidomastoideus nach hinten. Die V. jugularis interna muss bei der Entfernung der unteren Drüsengruppen vermieden werden. Die Drainage muss gründlich sein.

LEFFERTS.

11) **Aseptischer Oelzerstäuber.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Der Zerstäuber dient zur Anwendung von Menthol, Terpentin u. a. öligen Medikamenten (Louis & H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstrasse 28).

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Ueber die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Gaumendehnung nach Schroeder in Kassel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Der auf der 17. Sitzung der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte (26. Nov. 1905) gehaltene Vortrag in extenso (cf. dieses Centralbl. Bd. 22. 1906. S. 356).

ZARNIKO.

13) **Vittorio de Cigna. Die Nasenathmung und die Mundathmung. (La respirazione nasale e la respirazione boccale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Vol. XVIII. Heft 1 u. 2.*

Verf. will auf Grund einer klinischen Beobachtung und einer Anzahl von Experimenten einen Beitrag zu der Frage liefern, ob das physiologische Leben in einem Organismus bei ausschliesslich oraler Athmung möglich sei. Er beantwortet diese Frage mit einem „Ja", wenn es sich um einen mechanischen Verschluss im Innern der Nase handelt, wobei also die retronasalen Verstopfungen durch adenoide Vegetationen ausgeschlossen sind. Bei Letzteren seien die Veränderungen, die im Gefolge der behinderten Nasenathmung auftreten, zum Theil auf andere Ursachen zurückzuführen, z. B. die adenoide Intoxication (Masini, Genta), den Status lymphaticus etc. Im Uebrigen kann die Mundathmung völlig an Stelle der Nasenathmung treten, vorausgesetzt, dass der Organismus Zeit hat, sich an den neuen Athemmodus zu gewöhnen. Als physiologischer Act ist der Werth der Mundathmung gleich dem der normalen Nasenathmung. Als physikalischer Act ist die Mundathmung — immer eine Periode der Gewöhnung vorausgesetzt — etwas

verschieden von der Nasenathmung und durch erheblich weitere Muskelexcursionen charakterisirt.

FINDER.

14) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber systematische Uebungen des Mundschlusses.** *Med. Klinik. 45. 1907.*

Vielfache Versuche haben gezeigt, dass manche Kinder nicht deshalb Mundathmer waren, weil die Nase oder der Nasenrachenraum verlegt war, sondern weil die gesammte Schliessmusculatur des Mundes zu schlaff entwickelt war. Gutzmann lässt deshalb bei allen Fällen von chronischer Mundathmung ohne Nasenathmungshinderniss systematische Uebungen der Schliessmusculatur anstellen. Er hat in den letzten Jahren mit kleinen Instrumenten gearbeitet, welche den Angehörigen resp. den Kindern in die Hand gegeben werden konnten, älteren Kindern empfiehlt er auch unter Tags bei irgend welcher Beschäftigung ungefährliche Gegenstände zwischen den Lippen zu halten.

SEIFERT.

15) **Krönig** (Berlin). **Ueber einfache, nichttuberculöse Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung.** *Med. Klinik. 40, 41. 1907.*

Spitzeninduration, in deren Gefolge alle Zeichen der Tuberculose dauernd fehlen, dürfen wir klinisch nicht als tuberculös auffassen, selbst wenn eine probatorische Tuberculininjection eine leichte Reaction hervorrufen sollte.

SEIFERT.

16) **Karl Blümel** (Dresden). **Ueber Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung und ihre Differentialdiagnose gegen Tuberculose der Lunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1908.*

Gestützt auf das Material der Weicker'schen Lungenheilanstalten in Görbersdorf bespricht Blümel Symptomatologie, Pathologie, Diagnose und Therapie der einschlägigen Affection und kommt zu folgender Zusammenfassung: Es giebt eine typische Erkrankungsform der Lunge bei Individuen mit chronisch behinderter Nasenathmung, die zuerst von Krönig als solche beschrieben worden ist; sie besteht in fibröser Induration mit collaptiver Schrumpfung der rechten Lungenspitze und lässt sich zumeist gut gegen Tuberculose abgrenzen in Folge anamnestischer, klinischer und bakteriologischer Verschiedenheiten; event. ist die operative Therapie und das Tuberculin zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen. Der negative Ausfall der probatorischen Tuberculineinverleibung (Conjunctival-, Haut- oder subcutane Reaction) ist als beweisend anzusehen, um Tuberculose ausschliessen zu können. Der Krankheitszustand entsteht durch Staubinhalation; voraus gehen Katarrhe des Pharynx, Larynx, der Trachea und Bronchien, die in Folge der Ausschaltung der Nase als Schutzapparat des Respirationstractus entstehen. Die Lungenspitzen erkranken eher als andere Lungenpartien, die rechte eher als die linke in Folge anatomisch-physiologischer Verschiedenheiten. Die Erkrankung ist eine Form der chronischen, fibrösen, interstitiellen Bronchitis. Unter den therapeutischen Erörterungen dürfte der Vorschlag die Rachenmandel mittels der Glühschlinge zu entfernen, unter den Rhinologen wohl wenige Anhänger finden.

HECHT.

17) **P. W. Williams. Wieso hindert mangelhafte Nasenathmung Wachsthum und Entwickelung? (Why defective nasal respiration impedes growth and development.)** *N. Y. Medical Record. 20. August 1907.*

Die schädlichen Wirkungen der Mundathmung bei Kindern werden besprochen, ohne dass wesentlich neue Gesichtspunkte zu Tage treten.

LEFFERTS.

18) **Robert Leroux. Nasenverstopfung und Tuberculose. (Obstruction nasale et tuberculose.)** *Annales des maladies de l'oreille. Juni 1907.*

Die Nasenverstopfung begünstigt die Entwickelung der Tuberculose durch Beeinträchtigung der Abwehrmittel der Nase, durch die Erzeugung von Thoraxdeformationen, die eine Verminderung der Lungenventilation bewirken, durch Entwickelung intercurrenter Erkrankungen, durch ungenügende Mastication etc.

BRINDEL.

19) **E. Edwin Foster. Der Einfluss unvollkommener Nasenathmung auf die Mundhöhle. (The influence of imperfect nasal respiration on the oral cavity.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1907.*

Unter den Wirkungen der Mundathmung nennt Verf. folgende: Indigestion; Blutarmuth; verminderte Widerstandsfähigkeit, besonders der oberen Zähne und des Respirationstract; Deformitäten des Oberkiefers nebst unvollkommener Dentition.

Es ist zur Beseitigung dieser Schäden oft das Zusammenarbeiten des Dentisten und Rhinologen erforderlich.

EMIL MAYER.

20) **Villar Urbano** (Malaga). **Bedeutung der Nasenathmung vom hygienischen Standpunkt. (Importancia de la respiracion nasal desde el punto de vista de la higiene.)** *Revista des especialida de médicas. 1. Februar 1908.*

Nichts Neues.

TAPIA.

21) **W. G. Spencer** (London). **Bemerkungen über Nasenverstopfung. (Remarks on nasal obstruction.)** *British Medical Journal. II. p. 129.*

Verf. bekämpft die Lehre von Woakes von der Entstehung der Polypen in Folge einer nekrotisirenden Ethmoiditis. Die primäre Ursache der Polypenbildung bestehe in einer Proliferation des submucösen Gewebes mit Zunahme der Vascularisation. Wenn dann das Bindegewebe von Serum durchtränkt sei, so bilde sich ein Polyp.

JAMES DONELAN.

22) **W. S. Syme** (Glasgow). **Einfache Nasenverstopfung. (Simple nasal obstruction.)** *The Practioner. London, März 1908. p. 326.*

Verf. giebt eine cursorische Uebersicht über die häufigsten Ursachen der Nasenverstopfung, in der nichts Neues für den Specialisten enthalten ist. Die Definition der einfachen Nasenverstopfung als „Verlegung des freien Luftdurchtritts“ bedarf der Einschränkung dahin, dass die Obstruction in der Nase gelegen ist.

JAMES DONELAN.

23) **Escat** (Toulouse). **Diagnose und Abmessung der Atheminsufficienz durch den Rhinomanometer. (Diagnostic et mesure de l'insuffisance respiratoire par le rhinomanomètre.)** *Presse médicale. 16. Mai 1908.*

Verf. schlägt vor, den Rhinometer (Instrumente von Glatzel und Courtade) durch den Rhinomanometer zu ersetzen. Er demonstrirt ein Instrument, das auf dem Princip des Zifferblattmanometers basirt, nach Centimetern und halben Centimetern graduirt ist und gestattet, Inspiration und Exspiration für jedes Nasenloch getrennt zu messen. GONTIER de la ROCHE.

24) **G. H. Lemoine** und **C. Sieur. Einfluss der Nasenverstopfungen auf die Inspirationserscheinungen. (Influence des obstructions nasales sur les phénomènes inspiratoires.)** *Société médicale des hôpitaux. 18. December 1908.*

Von 54 Individuen, die an Nasenverstopfung aus verschiedenen Ursachen litten, war bei 22 eine Verminderung in der Intensität der Inspiration in der Regio subclavicularis zu constatiren, bei 19 auf der rechten, bei 3 auf der linken Seite. In der Mehrzahl der Fälle bestand die Nasenverstopfung auf der rechten Seite oder es handelte sich um incomplete beiderseitige Obstruction. War die Obstruction linksseitig, so constatirte man 5 mal eine Abschwächung des Vesiculärgeräusches auf der rechten und 3 mal auf der linken Seite. Es scheint also, dass der Sitz der Obstruction Einfluss auf die Localisation der Inspirationsanomalie hat. Nach der Operation tritt in den ersten Tagen keine Modification der Respiration ein, nach einigen Monaten jedoch war die Intensität des Athemgeräusches stärker und kam dem der anderen Seite gleich oder übertraf sie. GONTIER de la ROCHE.

25) **Lumsden. Nasendilatator zur dauernden Dilatation der vorderen Nasenlöcher in Fällen von Nasenverstopfung. (Nasal dilatator for continuous dilatation of the anterior nares in cases of nasal obstruction.)** *Lancet. 7. October 1906.*

Angefertigt bei Arnold & Sons. Illustrirte Beschreibung.

ADOLPH BRONNER.

26) **Schönstadt** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von knöchernem Choanenverschluss.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Es handelte sich um ein 15 Wochen altes Kind, bei dem die linke Choane knöchern verschlossen war. ALBANUS (ZARNIKO).

27) **John E. Mc Kenty. Congenitaler Choanalverschluss; nebst Bericht über zwei Fälle. (Congenital occlusion of the choanae; with report of two cases.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1907.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie auf der rechten Seite und zwar betrug die Dicke der knöchernen Wand ca. 6 mm. Auf dieser Seite bestand eine Deviation des Septums und die Muscheln waren atrophirt. Dagegen war links die Nase weit, die Muscheln gut entwickelt und die hintere Oeffnung war verschlossen durch einen Knochenreif und eine Membran, die excentrisch nach oben und aussen gelegen war. Der Nasenrachen war in seinem perpendiculären Durchmesser stark verkürzt. Die geschlossenen Choanen waren von einer glatten Schleimhaut überzogen.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie der rechten Choane; auch hier bestand eine Deviation des Septums nach rechts und zwar in dessen hinteren zwei Dritteln. Die linke Seite war normal. LEFFERTS.

28) **T. Rule Fritts. Verschluss der Choanen. (Occlusion of the posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes; er erinnert daran, dass im Jahre 1898, als er zwei Fälle seiner Beobachtung berichtete, im Ganzen deren nur 19 bekannt waren. LEFFERTS.

29) **Uffenorde. Ein Fall von Choanalatresie mit Demonstration.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 475. 1908.*

Einseitige knöcherne Choanalatresie bei 11 jähr. Knaben. Die Knochenplatte war 1 mm dick.

Als zweckmässiges Operationsverfahren der einseitigen knöchernen Atresie möchte U. empfehlen vorerst submucöse Resection des Septums und daran anschliessend Resection der Knochenplatte. OPPIKOFER.

30) **S. Pusateri. Ueber das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen. (Sul comportamento dei corpi estranei nelle cavità nasali.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. XVII. Heft 6. XVIII. Heft 1. u. 2. 1907.*

Ein mit Streptococcus pyogenes aureus inficirter Fremdkörper in der Nasenhöhle des Kaninchens bringt hier Veränderungen hervor, die ein Haftenbleiben des Mikroorganismus erleichtern und bisweilen Allgemeininfection und Tod herbeiführen. Minimalste Läsionen der Schleimhaut können als Ausgangspunkt für diese Infection dienen. Der Friedländerbacillus kann auf keine Weise zum Haften auf der Schleimhaut gebracht werden. Der Diphtheriebacillus kann, ob der Fremdkörper bei seinem Eindringen die Schleimhaut verletzt oder nicht, am 4. Tage die Bildung einer Pseudomembran bewirken; er ist aber nicht im Stande, den Tod des Thieres herbeizuführen. Der virulente Tuberkelbacillus führt fast immer (92 pCt.) zu einer localen specifischen Läsion, und in 40 Tagen tritt die Infection der Halslymphdrüsen auf. Ist diese Läsion durch einen Tuberkelbacillus von abgeschwächter Virulenz bewirkt, so kann gegen den 80. Tag hin Heilung eintreten.

Verf. berichtet dann, nachdem er die klinische Seite der Frage ausführlich besprochen hat, 7 hierher gehörige Fälle von Nasenfremdkörpern und Rhinolithen. In einem Fall hatte der Rhinolith, dessen Kern ein Stück Gummi elasticum gewesen war, bei einer 30 jährigen Frau seit ihrer Kindheit in der Nase gesteckt, ohne schwere Veränderungen herbeizuführen, nur bestand hochgradige Atrophie der Schleimhaut mit Borkenbildung. In einem Fall hatte der Fremdkörper — ein Knochenstück — zu einer Art Rhinitis caseosa geführt. FINDER.

31) **F. Klaussner** (München). **Ein kurzer Beitrag zu dem Capitel: Fremdkörper in der Nase.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1908.*

Bericht über einen Fall, bei dem eine abgebrochene Messerspitze „in der Richtung von oben aussen nach innen unten gegen die Gaumenplatte fest einge-

keilt" in der Nase sass. Der fest eingekeilte Fremdkörper konnte erst nach seitlicher Spaltung der Nase „mittels der Lüer'schen Knochenzange gewaltsam aus seiner Umgebung gelockert und entfernt werden". „Das Corpus alienum entpuppte sich als eine rauhe, schwarz gefärbte, rostige, 5,7 cm lange, 2,4 cm breite, abgebrochene Spitze eines im Griffe feststehenden Messers", als Erinnerung an einen Stich ins Gesicht vor mehreren Jahren. Die ganzen Beschwerden, die erst in der letzten Zeit aufgetreten waren, bestanden in „erschwerter Luftdurchgängigkeit und etwas Schmerzen in der linken Nasenhöhle".

HECHT.

32) **Colmenares. Fremdkörper der Nasenhöhlen; ihre Extraction. (Cuerpos extranos de las fosas nasales; su extracción.)** *Boletin del colegio de médicos de la Provincia de Reus. 1908.*

Zusammenfassende Studie im Anschluss an die Mittheilung einiger Fälle.

TAPIA.

33) **Pisano. Ein Fall von Rhinolith. (Un cas de rhinolithe.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 4. 1907.*

Der Rhinolith hatte die Grösse einer Erbse. Verf. giebt den mikroskopischen Befund, den er erhalten.

BRINDEL.

34) **Láng. Rhinolith von ausserordentlicher Grösse.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1907.*

Entfernte den 3,8 cm langen, 2,7 cm breiten, 7,8 Gramm wiegenden Rhinolith durch einen Schnitt im Sulcus naso-labialis.

v. NAVRATIL.

35) **Faure** (Paris). **Grosser Rhinolith aus der rechten Nase extrahirt. (Rhinolithe volumineux extrait de la narine droite.)** *Bulletin médical. 2. September 1908.*

Im Jahre 1878 wurde der Patientin wegen Thränenträufeln eine metallene Dauercanüle in den Canalis lacrymalis eingesetzt; sie versäumte es, sie herausnehmen zu lassen. Sie klagte über andauernde Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und reichliche Eitersecretion aus der Nase. Nach Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel konnte man einen grossen Rhinolithen extrahiren, in dessen Centrum man das vergessene Röhrchen fand. Der Fremdkörper hatte also sehr lange Zeit in den Thränenwegen gesessen, ohne zu merklichen Reactionserscheinungen zu führen.

GONTIER de la ROCHE.

36) **Cohn** (Bromberg). **Rhinolith.** *Med. Klinik. 42. 1908.*

Rhinolith, gewonnen aus der Nase einer luetischen Patientin als Product eines Fremdkörpers.

SEIFERT.

37) **Hecht** (München). **Ein versprengter Zahn in der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 167.*

Der kurzen Krankengeschichte sind zwei Röntgenphotographien des Falles beigegeben.

F. KLEMPERER.

38) **G. Piolti. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dente sprannumerario in una cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Heft 5. 1907.*

Die Beschwerden — eitriger Ausfluss aus der Nase — datirten seit 4 Jahren. Da die Extraction durch die Nase nicht gelang, so wurde in Narkose in der Labio-Gingivalfurche eine Incision gemacht, die Apertura piriformis freigelegt und der Zahn — es handelte sich um den Dens caninus — leicht extrahirt. FINDER.

39) **J. Déhan. Die Membranbildungen in Nase und Nasenrachenraum. (Les diaphragmes membraneux du nez et du naso-pharynx.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

D. bespricht ausschliesslich die membranösen Verschlüsse und lässt die knöchernen hier ausser Betracht. Neben den 2 eigenen Beobachtungen — bei einem 27 jähr. Mann linkerseits durchlöcherte Membran nahe dem Naseneingang und bei 44 jähr. Patientin eine mit 2 Oeffnungen versehene Membran hinter den Choanen — konnte Verf. nur 15 Fälle von membranösem Abschluss aus der Literatur zusammenstellen. 11 mal sass die Membran in der Gegend der Choanen und 6 mal nahe dem Naseneingang. Das ganze Krankheitsbild wird eingehend besprochen.

Es ist zu bemerken, dass doch etwas mehr als 17 Fälle von membranösem Verschluss in der Literatur bekannt sind (vergl. z. B. Literaturverzeichnis bei Zarniko, Lehrbuch der Nasenkrankheiten, 1905, S. 263 und Baurowicz, Arch. f. Lar., Bd. 15, 1904, S. 161). Auch nicht ganz zutreffend ist die Angabe, dass eine histologische Untersuchung der Membran bis heute nur durch Prota vorgenommen wurde. OPPIKOFER.

40) **R. Bochalli. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von Meningokokken im Nasenrachenraum Gesunder aus der Umgebung von Kranken.** *Dissert. Breslau 1906.*

Unter den 16 gesunden Stubengenossen eines an Genickstarre erkrankten Soldaten fand B. bei 10 (62,5 pCt.) Meningokokken im Nasenrachenraum. Aber auch bei den übrigen Mannschaften des Bataillons waren Meningokokkenträger nachweisbar; bei derjenigen Compagnie, zu der der Kranke gehört hatte, fanden sich Meningokokken bei 11,4 pCt. der Fälle und bei den übrigen 3 Compagnien, die mit dem Kranken und seinen Stubengenossen in weniger nahem Verkehr gestanden hatten, noch bei 5,4 pCt.

Zur Controle dehnte B. seine Untersuchungen auf einen zweiten Militärplatz aus, auf welchem zur Zeit Fälle von epidemischer Genickstarre unter dem Militär und der Civilbevölkerung fehlten; bei keinem der hier untersuchten 40 Soldaten waren Meningokokken auffindbar.

Bei einem Theil der Meningokokkenträger wurden wiederholte Nachuntersuchungen vorgenommen; B. konnte beobachten, dass die Meningokokken aus dem Nasenrachenraum bereits nach kurzer Zeit verschwinden.

Die sofortige Isolirung der nächsten Umgebung nach Ausbruch eines Genickstarrefalles ist unbedingt erforderlich und soll so lange ausgeführt werden, bis bei wiederholter Untersuchung keine Meningokokken nachzuweisen sind. OPPIKOFER.

41) **Kutscher** (Berlin). **Ueber Untersuchungen der Nasenrachenhöhle gesunder Menschen auf Meningokokken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1906.*

Im Mai und Juni 1905 hat Verf. im Berliner Institut für Infectionskrankheiten 104 Proben von Nasenrachensecret gesunder Personen, die mit Meningitiskranken nicht in Berührung gekommen waren, auf Meningokokken untersucht, immer mit negativem Resultat. Dagegen konnte er in 2 Fällen, die in Beziehung zu Meningitiskranken getreten waren, Meningokokken isoliren. Im Winter 1905/06 wurden die Untersuchungen fortgesetzt. Diesmal fand Verf. unter 56 Fällen 4 mal Meningokokken vor. Genaue Beschreibung des Untersuchungsverfahrens. Discussion der Wege, auf denen die Kokkenträger inficirt werden können.

ZARNIKO.

42) **Dopter. Untersuchung auf Meningokokken in den Nasenhöhlen. (Recherche des meningocoques dans les fosses nasales.)** *Presse médicale. No. 88. 31. October 1908.*

Die Untersuchungen dürfen nicht in der Nasenhöhle selbst, sondern im Nasenrachen angestellt werden; sie müssen nicht nur meningitische Individuen, sondern auch „Träger von Keimen“ betreffen. Der sichere Nachweis kann nur geführt werden durch die Zuckergährung und die Agglutination durch ein specifisches Serum.

GONTIER de la ROCHE.

43) **Le Noir** und **Jean Camus** (Paris). **Untersuchung auf Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen gesunder und tuberculöser Menschen. (Rechorche du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales d'hommes normaux et dans celles des tuberleux.)** *Société de Biologie. 21. November 1908.*

Die Untersuchungen wurden angestellt bei Aerzten und Krankenpflegern, die auf Tuberculoseabtheilungen beschäftigt waren; alle Impfungen hatten ein negatives Resultat. Bei $^3/_{10}$ der Tuberculosen, bei denen Tuberkelbacillen im Auswurf vorhanden waren, waren die Untersuchungen von positivem Ergebniss.

GONTIER de la ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Troullieur** (Lyon). **Ueber die Mund- und Rachenulcerationen beim Typhus; auf 220 nicht veröffentlichte Beobachtungen sich stützende Studie. (Des ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde. Etude basée sur 220 observations inédites de fièvre typhoïde.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Eingedenk der Nachforschungen seiner Vorgänger studirt der Autor die anatomischen Charaktere und Symptome, die Häufigkeit, die Entstehung, die anatomopathologische Pathogenie, die Diagnose und Behandlung der von ihm als „Mundulcerationen des Typhus“ bezeichneten Erscheinungen, welche nach Letulle ein im Verlaufe des Typhus ziemlich häufig vorkommendes Zeichen ausmachten.

PARMENTIER.

45) **A. Oidtmann** (Amsterdam). **Carcinom der Wangenschleimhaut. (Carcinom van het wangslymolies.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1369. 1908.*

Die Prognose dieses Leidens ist eine äusserst bedauerliche. O. berichtet über einen geheilten Fall bei einem 50 jährigen Herrn, den er vor $6^1/_2$ Jahren operirte und bei dem bis jetzt kein Recidiv aufgetreten ist. Es handelte sich um ein Ulcus carcinomatosum der rechten Wangentasche, das auf den Processus alveolaris des Unterkiefers überging. Aussen fühlt man am vorderen Masseterrand einen sich nach unten in eine geschwollene Drüse fortsetzenden, harten Strang. Die Operation fing an mit dem Kocher'schen Schnitt für die Exstirpation der Glandula submaxillaris. Von da aus wurde die ganze Wange bis auf die äussere Haut mitsammt Carcinom, Drüsen, Muskeln und Periost in toto abgetragen, die Molares extrahirt und der Processus alveolaris entfernt. Die Lippe wurde vernäht, gleichfalls der grössere Theil des Hautschnittes. Nach 10 Tagen war die Wunde bis auf ein paar granulirende kleine Stellen geheilt.

H. BURGER.

46) **Vilanova** (Barcelona). **Krebs der syphilitischen Raucher. (Cancer de los fumedores sifiliticos.)** *Revista de ciencias médicas de Barcelona. Mai 1907.*

Verf. vermuthet das Vorkommen einer besonderen Form von Zungencarcinom bei syphilitischen Rauchern.

TAPIA.

47) **Warren J. Collnis. Krebs der Mundhöhle und Zunge. (Cancer of mouth and tongue.)** *American Surgery. October 1908.*

Bei Operationen wegen Carcinom der Mundhöhle und Zunge ist die Beziehung des Lymphsystems zu der primären Geschwulst von der grössten Bedeutung. Carcinome der Mundhöhle und Zunge sind locale Erkrankungen, die auf die den Ausgangspunkt der Erkrankung umgebenden Gewebe und das angrenzende Lymphsystem begrenzt sind; innerliche Metastasen sind selten. In zweifelhaften Fällen soll die mikroskopische Untersuchung gemacht werden. Die antiluetische Behandlung giebt keinen sicheren Anhalt und sollte eventuell einen chirurgischen Eingriff nicht verzögern.

Verf. betont die Wichtigkeit einer gründlichen Entfernung der Drüsen: der Operationsweg durch den Kiefer giebt den besten Zugang zu dem Operationsfeld, vergrössert aber die Gefahr der Operation.

Die Mortalität variirt je nach dem Umfang der Operation; sie ist am niedrigsten bei der intrabuccalen Operation (5pCt.) und am höchsten (30—35pCt.), wenn der Unterkiefer resecirt wird.

Unter 112 Operationen trat bei 16 Fällen innerhalb 3 Jahren kein Recidiv ein, von 57 Fällen von Zungencarcinom wurden 10 (17,5 pCt.) geheilt. Locale Recidive waren häufiger als Drüsenrecidive allein. Nur bei einem Fall trat das Recidiv später als 3 Jahre nach der Operation auf.

EMIL MAYER.

48) **Chambardel. Die Skrotalzunge. (The scrotal tongue.)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1907.*

Mit diesem wenig anmuthigen Namen bezeichnet Verf. ein eigenthümliches Aussehen der Zunge, das dadurch gekennzeichnet ist, dass die Rückenfläche der-

selben von einer Anzahl symmetrischer Furchen durchzogen ist, die ihr ein runzeliges Aussehen, ähnlich der Skrotalhaut, giebt. Dieser Zustand muss unterschieden werden von pathologischer Furchenbildung, die bei Carcinom, Tuberculose, Syphilis vorkommt und von den physiologischen Furchen, die man bei manchen Personen beiderseits der Mittellinie findet. Die Mundhöhle kann im Uebrigen völlig normal sein; nur besteht häufig Neigung zur Vergrösserung der Speicheldrüsen und Vermehrung der Secretion. Die Aetiologie ist völlig unbekannt; Verf. erhofft Aufschlüsse von der Embryologie oder vergleichenden Anatomie.

LEFFERTS.

49) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Schwarze Haarzunge. (Black hairy tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Nicht jede dunkelgefärbte Zunge kann als Lingua nigra bezeichnet werden. Auch die normale Zunge kann vorübergehend durch Ingesta dunkel gefärbt werden; bei Personen, die viel Tabak rauchen, können auch leukoplakische Flecken, zu denen ja solche Individuen besonders neigen, eine grau-schwärzliche Färbung annehmen. Bei Morbus Addison findet man bisweilen im Munde sogenannte Melanoplakie; diese Flecken jedoch, bei denen es sich um eine Pigmentablagerung im Rete Malpighi ohne Epithelproliferation handelt, finden sich im Gegensatz zu der Lingua nigra meist auf den Lippen und der Innenseite der Wangen.

Das beste Mittel ist die locale Anwendung von 10proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, das durch das in statu nascendi wirkende O direct die färbende Substanz zerstört. Das Mittel muss jeden Tag angewendet werden; wo die Färbung sehr dunkel ist, sind zwei Applicationen täglich angezeigt.

EMIL MAYER.

50) **Morestin. Behandlung der Leukoplakia lingualis. (Traitement de la leucoplasie linguale.)** *Société de chirurgie. 16. December 1908.*

Verf. wendet zuerst eine specifische Behandlung an und excidirt dann sehr breit die Plaques.

Lucas Championnière betrachtet diese Läsionen als ein „noli me tangere“ und erblickt in der chirurgischen Behandlung die Gefahr einer Umwandlung in Carcinom.

Reclus Second meint, man dürfe nur dann operiren, wenn eine Umwandlung in Epitheliom stattgefunden habe.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Sergent** (Paris). **Leucoplakia bucco-lingualis in der allgemeinen Medicin; ihre semiologische Bedeutung für den Nachweis der Syphilis. (La leucoplasie bucco-linguale en médecine générale; sa valeur seméiologique dans la recherche de la syphilis.)** *Journal des Practiciens. 39. Januar 1909.*

Nach der Ansicht des Verf.'s muss die Leukoplakie durchaus als ein Stigma der Syphilis betrachtet werden. Er empfiehlt Pinselungen mit 2proc. Lösung von Kalibichromat oder noch besser die tiefe Galvanokaustik. Die specifische Behandlung kann nur eine mercurielle sein, wogegen Verf. vor Jod warnt.

GONTIER de la ROCHE.

52) **Lacapère** (Paris). **Heredo-syphilitische Zungenleukoplakie. (Leucoplasie linguale hérédo-syphilitique.)** *Société médicale des hôpitaux. 16. October 1908.*

30jähriger Mann, bei dem die Affection seit ca. 20 Jahren bestand. Patient raucht nicht und hat niemals Syphilis gehabt. Der Vater ist an Tabes gestorben und wurde lange mit Hg behandelt. GONTIER de la ROCHE.

53) **Urunuela** (Madrid). **Zungengeschwüre. (Ulceras de la lengua.)** *Revista ibero-americana de ciencias médicas. Januar 1907.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

54) **Decréquy. Syphilitischer Zungenschanker, entstanden bei einem 8jährigen Kinde nach Zahnextraction. (Chancre syphilitique de la langue survenu après une extraction dentaire chez un enfant de huit ans.)** *Revue de stomatologie. No. 10. October 1907.*

Der Schanker trat 3 Wochen nach der Extraction des zweiten rechten unteren Molaris auf. BRINDEL.

55) **Charles Ryall. Epitheliom und Syphilis der Zunge. (Epithelioma and Syphilis of the tongue.)** *N Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Verf. behauptet, eine enorme (? Ref.) Zahl von Fällen gesehen zu haben, in denen bei syphilitischer Erkrankung der Zunge sich Epitheliom entwickelte.

LEFFERTS.

56) **E. Ungermann. Ueber einen Fall von Athyreosis mit vicariirender Zungenstruma.** *Dissert. Königsberg 1906.*

Das Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle und das Vorhandensein einer kastaniengrossen Zungenstruma wurde bei dem 30jährigen tuberculösen Individuum erst bei der Section entdeckt. Genaue histologische Untersuchung und Zusammenstellung von 25 analogen Fällen aus der Literatur. OPPIKOFER.

57) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Mixo-Chondro-Osteom der Zunge. (Un caso de mixo-condro-osteoma de la langua.)** *Siglo médico. 15. Februar 1908.*

Patient hat seit einem Jahre einen Tumor am rechten Zungenrand, der schmerzhaft, roth und hart ist. Exstirpation; Heilung. Histologische Untersuchung: Mischgeschwulst mit myxomatösen, chondromatösen, fibromatösen, osteomatösen Partien. Man konnte deutlich die Umwandlung des myxomatösen Gewebes in Knochengewebe durch die Zwischenstadien des Bindegewebes und Knorpels hindurch beobachten. TAPIA.

58) **Ehrlich** (Wien). **Zur Statistik des Zungencarcinoms.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 88. 1909.*

In der Klinik v. Eiselsberg's kamen in den letzten Jahren 51 Fälle von Zungencarcinom zur Operation, von denen 13 starben und 7 dauernd geheilt wurden. SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Schultze** (Berlin). **Zur Statistik und Klinik der Diphtherie im Krankenhause Bethanien (1903—1908).** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 88. 1909.*

Von 602 Fällen von Diphtherie starben unter Anwendung von Heilserum 106 = 17,61 pCt., während früher 53,4 pCt. gestorben waren. Die Tracheotomie war nur bei 32,3 pCt. nöthig, früher bei 60,5 pCt. der Fälle. SEIFERT.

60) **Meyer Solis-Cohen. Diphtherieträger; deren Entdeckung und Ueberwachung. (Diphtheria carriers; their discovery and control.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Januar 1909.*

Verf. stellt fest, dass Personen, die häufig mit einem Diphtheriekranken in Berührung kommen, virulente Klebs-Löffler-Bacillen auf ihren Schleimhäuten haben. Bei diesen Personen kann sich später Diphtherie entwickeln oder sie können, wenn sie gesund bleiben, als Verbreiter derselben wirken. Träger von Diphtheriebacillen sollen isolirt werden, bis sie bakteriologisch rein sind. Die Controle kann nur durch das Culturverfahren geübt werden. LEFFERTS.

61) **Thomas-Hubbard. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1908.*

Es sind sehr viel geringere Antitoxindosen nöthig, als bei Rachendiphtherie; schon nach 3000 I.-E. schwinden oft alle Erscheinungen. Da aber gewöhnlich die Diagnose oft erst spät gestellt ist, so räth Verf., in den ersten 24 Stunden eine Dosis von 6000 I.-E. anzuwenden.

Ausspülungen und Sprays sind wegen der Gefahr einer Infection der Nebenhöhlen oder des Mittelohrs zu verwerfen; eine milde antiseptische Lösung kann mittels eines Tropfglases in die Nasenlöcher eingeträufelt werden.

Diese Fälle sind lange Zeit Bacillenträger; sie bedürfen daher einer langdauernden Isolation. EMIL MAYER.

62) **H. F. Gillette. Unangenehme Wirkungen des Diphtherie-Antitoxin mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zu Asthma. (Untoward results of diphtheria antitoxine with special reference to its relation to asthma.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Von 27 Fällen, bei denen nach Anwendung des Pferdeserums Collaps oder Tod beobachtet wurden, war bei 20 in der Anamnese das Vorhandensein von Asthma oder irgend welchen respiratorischen Symptomen nachweisbar. Verf. warnt vor dem Serumgebrauch bei Patienten, die an Asthma, Heufieber, Bronchitis oder sonstigen Erkrankungen der Athmungswege leiden. LEFFERTS.

63) **Thomas Flournoy. Ein Fall von diphtherischer Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis. (A case of diphtheric laryngitis, tracheitis and bronchitis.)** *Transactions New York Pathological Society. October 1908.*

Pat. war ein Mann, der sich seit einer Woche krank fühlte. 24 Stunden nach der Aufnahme ins Hospital starb er. Die Membranen erstreckten sich von der Epiglottis bis in die feinsten Bronchien. EMIL MAYER.

64) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 68. 1909.*

Für die allgemeine Praxis eignet sich die Intubation nicht, aber im Krankenhause leistet sie Vorzügliches, wie die Erfahrungen von L. zeigen. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **H. Gutzmann. Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. Zweiter Theil: Pathologische Sprechvorgänge.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. Heft 1/2. S. 432.*

In dem zweiten Theile der gediegenen Arbeit untersucht Verf. erstens die aussergewöhnlichen Kehlkopfbewegungen bei den rein funktionellen Sprach- und Stimmstörungen spastischer Art, und zwar bei der persistirenden Fistelstimme, der persistirenden Tiefstimme, der Phonasthenie, der Aphonia spastica, wobei nur oder vorwiegend die Stimme gestört ist, sowie beim Stottern und bei Aphthongie, wobei der gesammte Sprachvorgang gestört erscheint; ferner bei der Taubstummheit und der Sprache bei angeborener Gaumenspalte, den organischen Sprach- und Stimmstörungen, bei denen aus der Bemühung heraus, das organische Hemmniss zu überwinden, excessive Bewegungen gemacht werden; schliesslich bei einer Reihe von symptomatischen Sprachstörungen, die bei Nervenkrankheiten vorkommen, wie bei der Paralysis agitans und der multiplen Sklerose.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Untersuchung auf Kehlkopfbewegung und -stellung soll bei stimm- und sprachgestörten Patienten vorwiegend durch die einfachen klinischen Methoden der Inspection und Palpation vorgenommen werden. Die graphische Darstellung der Bewegungen soll stets erst nach der möglichst genauen optischen und taktilen Controlle von Stellung und Bewegung des Kehlkopfes statthaben. Man findet bei allen Stimm- und Sprachstörungen, die als Ausfallserscheinungen anzusehen sind, nur sehr geringe von der Norm abweichende Bewegungen des Kehlkopfes, bei allen denjenigen Störungen aber, die als spastische Coordinationsstörungen anzusprechen sind, ausserordentlich starke Bewegungen. Die Beobachtung des Kehlkopfstandes durch Auge und Hand genügt in den meisten Fällen zum mindesten, um grobe Abweichungen von dem normalen Verhalten des Kehlkopfes festzustellen. J. KATZENSTEIN.

66) **F. Reinking. Ueber inspiratorisches Sprechen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. LVI. H. 3. S. 240.*

Mit genau 2 Jahren Thyreotracheotomie wegen Papillomen des Larynx. Curettage. Entfernung der Canüle nach 3 Tagen. 7 Monate später wegen starker Dyspnoe Tracheotomie; Entfernung der Canüle nach $2^1/_2$ Jahren. Schon während der Zeit, dass die Canüle getragen wurde, sprach Pat. inspiratorisch. Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung im 10. Jahre weichen die Stimmlippen bei tiefer Inspiration auseinander, um sich bei der Exspiration leicht zu nähern. Dagegen tritt beim lauten Sprechen eine völlige Umkehrung der normalen Athmungsverhältnisse ein: während des Sprechens dehnt sich der Brustkorb langsam aus

bis zur tiefsten Inspirationsstellung, worauf eine schnelle energische Exspiration erfolgt. Der dabei einen Moment aussetzende Redefluss beginnt sogleich mit einer neuen langgedehnten Inspiration. Die Stimme ist laut, modulationsfähig, von normaler Klangfarbe, die Sprachlaute auch das r sind normal. Pat. kann nur kurze Zeit exspiratorisch sprechen; bei längerem exspiratorischem Sprechen treten Schmerzen im Halse auf. Bei der Phonation nähern sich die Taschenbänder bis fast zur Berührung und gerathen in Schwingungen, die Stimmlippen sind dabei verdeckt; beim Flüstern bleiben die Stimmlippen und Taschenbänder ziemlich weit auseinander.

J. KATZENSTEIN.

67) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Kritische Bemerkungen zu einer Arbeit von Herrn Dr. P. I. Mink-Deventer: Die Glottis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. 1. S. 355. 1908.*

Die Hypothesen und Theorien, welche Mink für das Verständniss des Mechanismus der Kehlkopfbewegungen in Pflüger's Archiv, Bd. 123, 1908, S. 131 aufgestellt hat, werden durch Möller kritisirt. Möller empfiehlt Mink, seine Untersuchungen mehr auf experimentellem Wege fortzusetzen.

OPPIKOFER.

68) **Theodor S. Flatau** (Berlin). **Neuere Beobachtungen über die Phonasthenie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Flatau berichtet über den phonasthenischen Kieferschmerz, sodann über die Hyperästhesie und Parästhesie innerhalb der Kehlkopfschleimhaut, als deren Folge auch objectiv wahrnehmbar Reizbewegungen eintreten, das phonasthenische Räuspern und das phonasthenische Schlucken. F. verbreitet sich nun über die Symptomatologie des phonasthenischen Hustens und Schluckens, sowie ihre objectiven Symptome, die in schweren Fällen zu dem von ihm so bezeichneten „phonischen Collaps" führen können. Anschliessend erörtert Autor die Entwicklung der Therapie, zu der er neuerdings „die combinirte Verwendung der Elektrisation mit der Vibration" hinzufügte. Des Ferneren bespricht er die durch Bier'sche Stauung bewirkte Verbesserung der Circulation und Ernährung innerhalb der Kehlkopfbinnenmusculatur.

HECHT.

69) **J. F. Fischer** und **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.** *Mit 10 Röntgenbildern auf 1 Tafel. Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1908.*

Autoren beschreiben die Schwierigkeiten, die sich ergeben, brauchbare Röntgenphotographien des Kehlkopfes für ihre Zwecke zu erzielen. Es gelang ihnen von 5 verschiedenen Versuchspersonen 15 brauchbare Plattenpaare zu erhalten. Sie machten von den Versuchspersonen Aufnahmen bei Intonation sowohl in Brust-, wie in Falsettstimme bei gleicher Tonhöhe und maassen dann direct die Grösse des Spatium crico-thyreoideum. Sie kamen zu dem vorläufigen Ergebniss, dass „bei der Falsettstimme sich der Ringknorpel dem Schildknorpel mehr annähert als bei der Bruststimme, vorausgesetzt, dass die Tonhöhe dieselbe bleibt, dass somit bei der Falsettstimme der M. crico-thyreoideus in relativ höherem Grade thätig ist, als bei der Bruststimme."

HECHT.

70) **Perretière. Die Rolle der Laryngologen in der Gesangskunst. (Le rôle du laryngologiste dans l'art du chant.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 14. 11. April 1908.*

Ein sehr gut geschriebener Aufsatz, der unsere Kenntnisse über den Gegenstand zusammenfasst und aus dem die Nothwendigkeit für den Gesanglehrer hervorgeht, mit dem Laryngologen zusammenzuarbeiten.

BRINDEL.

71) **P. Bonnier** (Paris). **Die Stimme der Gesangsschüler. (La voix chez les élèves chanteurs.)** *Académie de médecine. 21. Juli 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen bei den drei letzten „Concours du Conservatoire" zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Unterricht insofern irrationell ist, als die Schüler geübt werden, in kleinen Räumen zu singen; sie singen in Folge dessen nur für sich und ihre Lehrer. Ihre Stimme bekommt nicht die Tragfähigkeit, die nöthig ist, wenn sie in grossen Sälen singen sollen.

GONTIER DE LA ROCHE.

72) **G. Hudson Makuen. Die Hauptfactoren der Stimmbildung. (The essentials of voice production.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngogical Association.

LEFFERTS.

73) **Kobrak** (Berlin). **Allgemeine Pathogenese und Symptomatologie der kindlichen Sprachstörungen. insbesondere des Stotterns.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Kurze Darstellung mit Betonung der Wichtigkeit der Anamnese und Hinweis darauf, dass erst eine nochmalige Beobachtung von Einzelfällen es gestatten wird, eine richtige Dosirung der verschiedenen kurz skizzirten therapeutischen Maassnahmen zu treffen.

SEIFERT.

74) **Blondiau** (Charleroi). **Abscess des Spheno-temporallappens; Aphasie und motorische Störungen. Heilung. (Abcès du lobe sphéno-temporal.; Aphasie et troubles moteurs. Guérison.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Der Abscess rührte von einer Infection her und zwar von einer vernachlässigten Otitis media, den Weg der Lymphbahnen einschlagend. Das was das ursprüngliche symptomatische Detail ausmacht, ist die reine motorische Aphasie. Eine nicht gewöhnliche Beobachtung.

PARMENTIER.

75) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopfsymptome bei Syringemyelie.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 49. 1908. Beilage: Gégészet. No. 2.*

Die erste Erscheinung ist die Heiserkeit. Verf. hat einen Fall untersucht, in welchem beide Stimmlippen nahe der Mittellinie fixirt waren und wo er eine Posticuslähmung der linken und eine Posticusparese der rechten Seite feststellte. Weiter war auch eine perverse Action der Stimmlippen zu beobachten.

v. NAVRATIL-POLYAK.

76) **Gerber. Kehlkopfspiegel und Nervenkrankheiten. Beiträge zur Physiologie und Pathologie.** *Festschrift zum 70. Geburtstage von Ludimar Hermann. Stuttgart, Enke. 1908.*

Zur Doppelfeier des 70 jährigen Geburtstages des hervorragenden, besonders auch um die Nervenphysiologie verdienten Physiologen Hermann und des 50 jährigen der Laryngologie soll an einer Reihe von Beispielen gezeigt werden, welche Bedeutung der Kehlkopfspiegel auch für die Erkenntniss vieler Erkrankungen des Nervensystems gewonnen hat.

Fall 1: Bei einem Herrn, der lange wegen Heiserkeit und Husten behandelt war, wird eine beginnende Parese beider Postici als prodromale Larynx-Krise einer Tabes festgestellt.

Fall 2: Gleichfalls eine doppelseitige Posticuslähmung, in weit vorgeschritteneren Stadium mit zeitweise hochgradiger Athemnoth. Auch hier hatte erst die Laryngoskopie das Bild der Tabes aufgerollt.

Fall 3: Bei einem 32 jährigen Herrn, der vor 10 Jahren Lues acquirirte, stellten sich Heiserkeit, Schlingbeschwerden, dann Doppeltsehen und Unsicherheit des Ganges ein. Der Kehlkopfspiegel zeigte eine totale Lähmung des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab dann, dass es sich um eine luetische Affection im Kerngebiete der Nn. recurrens, accessorius, hypoglossus und abducens handelte.

Fall 4: Ein Mann mit acuter Mittelohreiterung klagt viel über Kopfschmerzen und zeigt Schlaffheit der linken Gesichtshälfte. Es wird an eine otogene Complication gedacht. Als sich aber auch Heiserkeit einstellte, wird laryngoskopirt und hierbei eine Parese des linken Recurrens festgestellt. Weitere Untersuchung ergiebt Parese auch des Accessorius und Hypoglossus. Wahrscheinlich luetischer Process (vor ca. 15 Jahren Infection) in der Medulla.

Fall 5: Bei einem 45 jährigen Patienten, der nach Influenza plötzlich an Ohrenschmerzen, Husten und Schwindel erkrankt ist, wozu sich bald Lähmung einer Gesichtshälfte gesellte, wird die Diagnose: Otitis media et interna acuta mit Neuritis N. VII gestellt. Die Ohrerscheinungen bessern sich. Hüsteln und Heiserkeit bestehen fort. Die hieraufhin vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigt eine typische Parese des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab eine deutliche Atrophie des rechten Cucullaris, fibrilläres Zittern der Zunge, Parese des weichen Gaumens rechts, Beeinträchtigungen des Geschmacks. Unempfindlichkeit im rechten äusseren Gehörgang. Hiernach musste die Anfangs auf Rechnung des Labyrinths gesetzte otologische Diagnose zu Ungunsten des Acusticus geändert werden, — womit auch der weitere Verlauf übereinstimmte. Es handelte sich also in diesem Falle um eine multiple Hirnnervenlähmung (Nn. VII, VIII, IX, X, XI, XII) wohl auf Grund einer Influenza—Encephalitis.

In diesem Falle eröffnete also die Laryngoskopie eine ganz neue Perspective, und beseitigte einen zwar recht verständlichen, aber schweren diagnostischen Irrthum.

Zum Schluss der Ausführungen wird darauf hingewiesen, dass der Kehlkopfspiegel oft auch im entgegengesetzten Sinne tätig ist und durch Feststellung eines

negativen Befundes die Situation klärt. So besonders bei den hysterischen Stimmstörungen.

AUTOREFERAT.

77) **J. v. Bókay** (Budapest). **Beiträge zur Klärung des Wesens des Stridor inspiratorius congenitus.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1908.*

Verfasser hat drei Fälle beobachtet und erklärt das Wesen der Krankheit im Einvernehmen mit Thomson dadurch, dass in Folge der Athmungs-Incoordination der infantile Typus des Kehlkopfeinganges der Säuglinge gesteigert wird. Die in solchen Fällen beschriebene rinnenförmige Einbiegung des Kehldeckels ist auch nach Verf. eine secundäre Erscheinung. v. Bókay will auf seine Erfahrungen und auf die in der Literatur mitgetheilten Fälle gestützt im Gegensatze zu Hochsinger bei dem Entstehen des fraglichen Krankheitsbildes der Thymus keine Rolle zuschreiben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **Richard Rahner** (Gaggenau). **Ein Beitrag zur Laryngitis stridula.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Rahner konnte bei mehreren Patienten mit Laryngitis stridula wiederholt und zu verschiedenen Zeiten den Kehlkopf untersuchen und fand wiederholt des Morgens eine geringe ödematöse Infiltration des subglottischen Gewebes, dagegen Abends eine bedeutende Zunahme der subchordalen Schwellung, die er als Ursache der nächtlichen Croupanfälle anspricht. Bei einem Patienten, bei dem am Abend die Schwellung nicht grösser war, wie Morgens, blieben auch die nächtlichen Anfälle aus. Anschliessend streift Autor die Frage, „warum gerade Nachts die Schwellung, bezw. submucöse Durchtränkung des subglottischen Gewebes stattfindet“, weist auf parallele Erscheinungen bei anderen Erkrankungen hin, auf die Wechselwirkung der engen Beziehung zwischen Mensch und Aussenwelt und die interessanten physiologischen Thatsachen der Beziehungen zwischen Pflanze und Aussenwelt, welche letztere ja leichter zu verstehen sind.

HECHT.

79) **R. Hahn. Beitrag zur klinischen Casuistik des congenitalen Kehlkopfstriders. (Contributo alla casuistica clinica dello stridore laringeo congenito.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Mai 1908.*

Mittheilung dreier Fälle. In zwei derselben glaubt Verf. ausser dem Stridor congenitus noch Anfälle von Laryngismus stridulus beobachtet zu haben; in beiden bestand Mandelhyperplasie. Im dritten Fall fand sich eine angeborene Missbildung des Kehlkopfeingangs, die von dem gewöhnlich gefundenen Typus etwas abwich. Die Epiglottis war weniger resistent, als in der Norm und wurde richtig aspirirt, so dass ihr centraler Theil sich in sichtbarer Weise gegen das Innere zu wölbte, während die Seitenränder in die Höhe stiegen und etwas vibrirten.

FINDER.

80) **A. W. Myers. Congenitaler Kehlkopfstridor infolge vergrösserter Thymusdrüse. (Congenital laryngeal stridor due to enlarged thymus gland.)** *Wisconsin Medical Journal. August 1908.*

In dem berichteten Fall deuteten die physikalischen Symptome auf Thymushyperplasie; diese verschwanden unter Anwendung von Röntgenstrahlen und

gleichzeitig verlor sich der Stridor. Wenn auch nicht alle Fälle von Kehlkopfstridor diese Aetiologie haben, so trifft sie doch gewiss für viele zu.

EMIL MAYER.

81) **Schleifstein. Ein Fall von Dyspnoe spastica. (Przypadek dusznosci spastyczny.)** *Medycyna. No. 30. 1908.*

Verf. hat bei einer seit 9 Jahren an Rachenkatarrh leidenden Kranken eine sehr starke Dyspnoe beobachtet, wobei die Stimmbänder fast symmetrisch während des Athmens zur Mittellinie lagen. Während des Sprechens verengten sie sich gänzlich, wobei die Stimme etwas behindert schien. Nach einigen Tagen war die Kranke gesund. Die Therapie beschränkt sich bei solchen Fällen nur auf physikalische Mittel, besonders methodische Athemübungen, Zureden, schliesslich kalte Douchen, Elektrisation u. s. w. Die Dyspnoe dauert höchstens einige Monate, kommt meist bei weiblichen Individuen vor. Verf. bespricht auch die differentielle Diagnostik des Leidens, wobei er vor dem Identificiren dieser Krankheit mit wirklichem Laryngospasmus warnt, um die Kranken vor etwaigen Eingriffen im Kehlkopf und in der Nase zu schonen.

A. v. SOKOLOWSKI.

82) **Hausser** (Madrid). **Keuchhusten und seine Behandlung. (La coqueluche y su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 28. October 1908.*

Verf. wendet das Formol an, das er im Zimmer des Kindes zerstäubt. Eine Woche lang durchgeführt genügt diese Behandlung zur Heilung.

TAPIA.

83) **Comas. Ein Fall von Keuchhusten mit Bronchitis. Wirksamkeit des Phenocollum hydrochloricum. (Un caso de tos ferina complicada de bronquitis. Eficacia del clorhidrato de fenocol.)** *La medicina de los ninos. 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

TAPIA.

84) **Bordet. Die Ursache des Keuchhustens. (The cause of whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 12. September 1908.*

Verf. giebt ein Résumé der von ihm und Gengou im Jahre 1906 mitgetheilten (Annales de l'Institut Pasteur 1906) bakteriologischen Untersuchungen. Er nimmt besonders Bezug auf die Arbeit von C. Fränkel (Münch. med. Wochenschr. 11. Aug. 1908), der in 8 Fällen den von Bordet und Gengou gefundenen Bacillus züchten konnte, während er ihn in 30 anderen Fällen nicht fand. Diese negativen Ergebnisse erklärt B. damit, dass der Bacillus, der in den Anfangsstadien fast in Reincultur vorhanden ist, später, wenn Mund und Rachen Sitz von Mischinfectionen seien, sehr schwer auffindbar sei.

LEFFERTS.

85) **H. H. Donnially. Die gegenwärtige Kenntniss vom Keuchhusten. (Present knowledge of whooping cough.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1908.*

Die neueren Statistiken zeigen, dass der Keuchhusten bei Kindern unter 5 Jahren eine grössere Mortalität giebt, als alle anderen Krankheiten mit Ausnahme von Diarrhoe, Enteritis, Pneumonie, Meningitis und Diphtherie. Verf. giebt eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Krankheit.

LEFFERTS.

86) **C. Fraenkel** (Halle a. S.). **Untersuchungen zur Entstehung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1908.*

Fränkel prüfte die von Bordet und Gengou mitgetheilten Ergebnisse bezüglich des von ihnen gefundenen und als Keuchhusten-Erregers bezeichneten Stäbchens nach und konnte bei einer Reihe Untersuchungsergebnisse ein gleiches, positives Resultat erzielen. Autor bespricht eingehend Morphologie, Biologie, Pathologie und Thierexperiment und berichtet, dass es ihm gelang, bei Affen dadurch, dass er sie 15 Minuten einem dicht zerstäubten Nebel der Mikroorganismen aussetzte, experimentell eine unter dem Bilde des Keuchhustens auftretende und 8—10 Tage anhaltende Erkrankung hervorzurufen. Die Prüfung bezüglich der agglutinirenden Eigenschaften ergab ein unsicheres Resultat. Trotz vieler Hinweise auf die Specifität dieses Stäbchens will Autor die Frage, ob der geschilderte Mikroorganismus nun wirklich als Erreger des Keuchhustens anzusprechen sei, vorerst noch unentschieden lassen. HECHT.

87) **Walther Kaupe** (Bonn). **Ein neues Keuchhustenmittel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1908.*

Kaupe empfiehlt das von der Société anonyme „La Zyma“ in Aigle (Schweiz) hergestellte Dialysat der Herba Thymi und Pinguiculae, das ihm unter allen bisher gebräuchlichen Keuchhustenmitteln die besten Ergebnisse brachte. HECHT.

88) **Broeckaert** (Gent). **Recurrensparalysen cerebralen Ursprungs. (Paralysies recurrentielles d'origine cérébrale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1908.*

Gestützt auf einen frischen persönlichen Fall, betont B. die Unvorsichtigkeit, sich auf Beobachtungen, die nicht mit der äussersten Sorgfalt aufgenommen wurden, zu verlassen, um eine cerebrale Laryngoplegie zu diagnosticiren.

Indem er die seiner Beobachtung vorausgehenden Theorien kritisirt, kommt er zu der Schlussfolgerung, dass wir einstweilen bis zum gegentheiligen Beweis annehmen müssen, dass die Läsion des corticalen Phonationscentrums die Hemiplegie des Larynx nicht herbeiführe. Es sei daher wahrscheinlich, dass die vermeintliche Nichtübereinstimmung der Klinik mit dem Experiment einzig und allein auf der falschen Deutung der Thatsachen beruht; um aber dieses Problem definitiv zu lösen, bedürfe es noch neuer Nachforschungen. PARMENTIER.

89) **Roque** und **Chalier. Stimmbandlähmung cerebralen Ursprungs. (Paralysie d'une corde vocale d'origine cérébrale.)** *Lyon médical. No. 3. 13. Juni 1908.*

Patient, ein Alkoholiker, hatte Larynxkrisen gehabt; es bestand Oedem der rechten oberen Extremität.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand man das rechte Stimmband in Medianstellung. Exitus. Autopsie: 2 cm tiefer Erweichungsherd auf der Aussenfläche der linken Hirnhälfte im Parietallappen. Im Mediastinum und an den Recurrentes nichts Besonderes. BRINDEL.

90) W. Gleitsmann. **Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Lähmungen centralen Ursprungs. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; introductory remarks on anatomy and physiology; etiology of paralyses of central origin.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

91) W. E. Casselberry. **Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; Diagnose und Behandlung. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; diagnosis and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

92) Rice Clarence. **Symptomatologie der Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs. (Symptomatology of recurrens and abductor paralysis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngological Association, hier, 1908. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

93) Chas. E. Sajous. **Das Adrenothyreoidcentrum. (The adrenothyreoid centre.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai .1908.*

Unter diesem Namen wird die Glandula pituitaria oder ein wesentlicher Bestandtheil derselben verstanden, der durch directe Nervenverbindungen auf die Thyreoidea und die Nebennieren wirkt. Verf. hat eine Theorie über ein Schutzsystem aufgebaut, an das er auch Hoffnungen auf eine wissenschaftlich begründete Therapie knüpft. LEFFERTS.

94) Louis B. Wilson. **Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse bezogen auf die verschiedenen Symptome bei Basedow'scher Krankheit; auf Grund der pathologischen Befunde in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland as related to the varying symptoms in Graves's disease; based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

95) Wm. S. Halstead. **Die chirurgische Seite des Morbus Basedow. (The surgical aspects of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Aus einer Discussion vor der New York Academy of Medicine. 16. April 1908. LEFFERTS.

96) **Reinhold Dunger** (Johannstadt-Dresden). **Ueber acute nichteitrige Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Besprechung der einschlägigen Literatur, Unterscheidung zwischen Strumitis und Thyreoiditis, Erörterung der Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie in eingehender Weise; Betrachtungen über die Beziehungen der acuten Thyreoiditis zur Basedow'schen Krankheit und Mittheilung von 7 Krankengeschichten von acuter nichteitriger Thyreoiditis, die sämmtlich wohl als secundäre anzusprechen sind. Sämmtliche Erkrankte waren weiblichen Geschlechts. HECHT.

97) **A. Sandvoss. Ungewöhnliche Localisationen des Echinococcus.** *Dissert. Marburg 1907.*

S. referirt über vier Fälle. Bei Fall 2 sass der Echinococcus in der Schilddrüse: Rasch wachsende fluctuirende Geschwulst bei der 22jährigen Patientin; breite Eröffnung, Heilung. OPPIKOFER.

98) **Guillet. Die Hydatidencysten der Schilddrüse. (Les kystes hydatiques du corps thyroïde.)** *Bulletin médical. 20. Januar 1909.*

Ein neuer Fall, der zu den 20 bisher bekannten hinzukommt. Bei dem 29jährigen Patienten hat sich die Cyste seit 11 Jahren entwickelt. Der Allgemeinzustand ist ausgezeichnet; es bestehen nur Compressionserscheinungen von Seiten der Nachbarschaft. GONTIER de la ROCHE.

99) **Viktor Hufnagel** (Bad Orb). **Basedow im Anschluss an tuberculöse Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1908.*

H. berichtet, dass sich in dem der Kinderheilanstalt zu Bad Orb zugehörigen Sanatorium für Erwachsene 6 weibliche Patienten befanden, die neben einem tuberculösen Lungenspitzenkatarrh einen vollentwickelten Basedow zeigten. Diese Vergesellschaftung beider Krankheiten ist auch bei Kindern nicht so sehr selten. Von 1246 Kindern der Anstalt litten 6 an beiden Affectionen, ausserdem 19 an Basedow und Skrofulose. Autor schliesst sich der Annahme Dunger's an, die er hier auf die Tuberculose überträgt, dass das von den im Blute kreisenden Tuberkelbacillen gebildete Gift die eigentliche ätiologische Noxe für den Basedow darstelle. HECHT.

100) **P. Spratling. Das vierte wichtige Symptom bei Morbus Basedow. (The fourth important symptom in exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 12. December 1908.*

Das Symptom besteht darin, dass der Patient nicht im Stande ist, bei forcirter Inspiration den Thorax mehr als 2—2,5 cm auszudehnen. LEFFERTS.

101) **Alfred Stengel. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom ärztlichen Standpunkt. (Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Der Practiker hat drei wichtige Typen der Krankheit zu unterscheiden:

1. Fälle mit mässiger Schilddrüsenhyperplasie, mit geringen Symptomen von Hyperthyreoidismus.

2. Typische Fälle von Hyperthyreoidismus mit organischen Veränderungen in der Schilddrüse. Dies sind die Fälle von klassischem Morbus Basedow.

3. Fälle von schon lange bestehendem Kropf oder andersartiger Schilddrüsenerkrankung, zu der Erscheinungen von Basedow hinzutreten. Diese Fälle gehören in das Gebiet der Chirurgie. LEFFERTS

102) **Baumann. Behandlung des Morbus Basedow mit Antithyreoidin Moebius. (Treatment of exophthalmic goitre with the antithyreoidin of Moebius.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen vollen Erfolg in einem sehr ausgesprochenen Fall

von Morbus Basedow bei einer 27jährigen Frau. Es wurden zuerst dreimal täglich 8 Tropfen, dann 10 Tropfen gegeben. Die Behandlung dauerte nur drei Wochen; es wurden im Ganzen 30 ccm des Mittels gegeben. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

103) **Armin Huber. Idiopathische Erweiterung des Oesophagus. (Idiopathic enlargement of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. giebt einen sehr ausführlichen Bericht über zwei Fälle dieser beim Lebenden selten erkannten Affection. Die beiden Patienten waren 52 resp. 20 Jahre alt. Die hauptsächlichsten Punkte für das Interesse aus den Krankengeschichten sind, dass es gelang, die Diagnose frühzeitig mittels Röntgenverfahrens zu stellen, ferner die erhebliche Erleichterung, die man den Patienten durch Fütterung mit der Schlundsonde verschaffte. LEFFERTS.

104) **Samuel F. Adams. Spastische Strictur des Oesophagus bei einem 4 Monate alten Kind. (Spasmodic stricture of the esophagus in an infant of four months.)** *N. Y. Medical Record. 24. October 1908.*

Das Kind war normal ernährt. Beim Versuch zu schlucken, trat ein Hinderniss ein, das 16—24 Stunden anhielt. Jeder Versuch zu schlucken, verursachte Regurgitiren. Bis zum Alter von 3 Monaten hatte das Kind gut geschluckt. Beim Versuch, es mit der Schlundsonde zu füttern, wurde ein falscher Weg gemacht und das Kind starb an Pneumonie. LEFFERTS.

105) **Sidney Lange. Die Frühdiagnose der Oesophagusstrictur. (The early recognition of esophageal stricture)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. bespricht den Nutzen der Bismuthmethode. LEFFERTS.

106) **Becker** (Dassel). **Lysol als inneres Mittel bei Oesophaguscarcinom.** *Der pract. Arzt. 1. 1909.*

Als Palliativmittel wird empfohlen: Lysol 10,0, Extr. Condurango fluid. 10,0, Sir. cort. aurant. 80,0. MDS. 2—3stündlich nach Genuss einer Tasse Milch 1 Theelöffel voll langsam herunterschlucken. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gerber. Die Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.** Berlin 1909. Verlag S. Karger.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, „eine Uebersicht zu geben über das, was z. Z. von den Complicationen der Stirnhöhlenentzündung überhaupt bekannt ist“. Diese Complicationen sind es, welche die Stellung der Nebenhöhlenaffectionen in der allgemeinen Pathologie bestimmen und die uns den Contact mit der allgemeinen Medicin suchen und finden lassen. Abgesehen aber von der principiellen Bedeutung ihres Vorkommens ist ihre grössere oder geringere Häufigkeit für ihre Bewertung ausschlaggebend. Sind jene schweren Mitaffectionen des Auges und des

Hirnes nichts als vereinzelte üble Zufälle, so verdienen sie keine Beachtung, sind nur eine Quantité négligeable. Sind sie aber häufiger, als man bisher annahm, so gebührt ihnen auch mehr Aufmerksamkeit als man bisher dafür gehabt hat.

Vorbedingung für das Uebergreifen einer Nebenhöhlenerkrankung auf die Nachbarschaft ist die Erkrankung der Höhlenwand: „ihr Intactsein verbürgt dem Organismus die Gewissheit einer rein localen Erkrankung" (Eiterresorption bei gesunder Knochenwand, die Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen treffen nur für die geringere Zahl der Fälle zu); „ihre Mitaffection eröffnet eine ganze Reihe verhängnissvoller Möglichkeiten." Dem Nachweis nun, dass bei Stirnhöhlenerkrankungen die Knochenwände viel häufiger in Mitleidenschaft gezogen werden, als man bisher anzunehmen pflegte, dient der erste Theil des Gerber'schen Buches. Er hat aus der Literatur und seinem eigenen Material folgende Fälle zusammengestellt: Periostitis und Ostitis (subperiostaler Abscess) 78 Fälle, darunter 8 eigene; Caries und Nekrose (Antritis frontalis abscedens) 319 Fälle, darunter 11 eigene; Antrit. frontal. dilatans: a) Empyema cum dilatatione 38 Fälle, darunter 3 eigene; Mukocele und Pyocele, Cysten, Hydrops 178 Fälle; Pneumatocele 14 Fälle, Cholesteatom 5 Fälle.

All diese Affectionen werden mit ausführlichen Krankenberichten belegt, welche die verschiedenen Phasen der einzelnen Krankheitsprocesse deutlich hervortreten lassen. Die Wichtigkeit einer noch sorgfältigeren Beachtung und Bewerthung eventueller Betheiligung der Knochenwände wird überzeugend dargethan. Wie lange diese noch einer spontanen Rückbildung fähig sind, wann eine Radicaloperation conditio sine qua non ist, — das zu entscheiden, reicht nach Ansicht des Ref. das vorhandene Material noch nicht aus. Besonders hervorheben möchte ich aus diesem Abschnitt die Besprechung der Antritis frontalis dilatans, welche eine befriedigende Lösung der bisherigen Gegensätze anbahnt.

Die gleiche Genauigkeit und Klarheit wie bei diesen klinischen Capiteln finden wir bei der Bearbeitung der Anatomie und Histologie, der Mechanik der Infection und der Bacteriologie. Ueberall tritt der lebendige Zusammenhang zwischen der theoretischen Forschung und den practischen Bedürfnissen deutlich hervor: wir erkennen die folgenschwere Bedeutung der Anomalien der Stirnhöhle, ihr Fehlen, ihre versteckten Nebenräume, die Dehiscenzen in der Knochenwand, die Eigenthümlichkeiten der periostalen Bekleidung, die Zusammenhänge der Blut- und Lymphwege der Stirnhöhle mit denjenigen des Auges und des Schädelinnern, der bakteriellen Flora u. s. w.

Augenveränderung als Complication der Stirnhöhlenerkrankung wurde 454mal festgestellt (38 eigene Fälle), alle diese werden kritisch und epikritisch genau durchgesprochen: die Veränderungen der Orbita, der Adnexe und des Bulbus, die functionellen Störungen wie die noch recht unklaren Augenaffectionen, bei denen ein directer Zusammenhang mit der Nebenhöhlenaffection nicht nachweisbar ist. Antwortlich der Frage, wie Nasen- und Augenarzt ihre Competenzen gegen einander abgrenzen sollen, scheint G. sich mehr dem Standpunkt Birch-Hirschfeld's als demjenigen Axenfeld's zu nähern, es scheint ihm mehr erstrebenswerth, dass Augen- und Nasenarzt zusammenarbeiten, als dass jeder von beiden auf Kosten des Anderen sein Arbeitsgebiet erweitert.

Bei der Bearbeitung der intracraniellen Complicationen, dieses schwierigsten Theiles der ganzen Materie, tritt der wesentlichste Vorzug der Gerber'schen Monographie, seine methodische Klarheit, ganz besonders wohlthuend hervor. Die ganze Materie wird in folgende Capitel eingetheilt: 1. Stirnhöhlenentzündungen mit septischen und cerebralen Symptomen ohne entsprechenden Operationsbefund (9 Fälle, 1 eigener); er ist geneigt, diese Fälle nach Körner als Vorstufen zur Leptomeningitis anzusehen. 2. Pachymeningitis externa circumscripta, 5 Fälle, sonst häufig als Nebenbefund constatirt, ähnlich wie der 3. Extraduralabscess, der als selbständige Erkrankung 28 mal constatirt wurde, und 4. die Pachymeningitis interna; 5. Meningitis serosa — 3 Fälle; 6. Leptomeningitis purulenta (51 Fälle), bei der Gerber nach den klinischen Erscheinungen drei Formen unterscheidet: a) eine apoplectiforme, b) eine schleichende, c) eine intermittirende; 7. Thrombophlebitis, Pyämie und Sepsis, 13 Fälle. 8. Hirnabscess (65 Fälle) — in jedem einzelnen dieser Capitel sind die Mechanik der Infection, die Pathologie und Symptomatologie eingehend und erschöpfend behandelt. Zum Schluss werden noch die ätiologische Bedeutung der Lues, Tuberculose und der Infectionskrankheiten besprochen und endlich die allgemeinen Verhaltungsmaassregeln, die der Verf. aus dem gesammelten Material zieht. Dass diese recht radical ausfallen bei einem Autor, der jahrelang mit heissem Bemühen alle „Complicationen“ aus aller Herren Länder gesammelt hat, ist gewiss leicht zu verstehen. Wer Aehnliches für die Erkrankungen des Blinddarms thun wollte, könnte leicht dazu kommen, sich und all seinen Angehörigen prophylactisch den Appendix entfernen zu lassen. Aber der Schrecken dieser Zahlen wird doch sehr erheblich gemindert, wenn man bedenkt, dass diese 600—700 „Complicationen“, aus der ganzen civilisirten Welt zusammengetragen, doch immer nur einen kleinen Bruchtheil der Gesammterkrankungen der Stirnhöhle ausmachen: wieviel Hunderttausende mögen an Stirnhöhleneiterungen leiden und gelitten haben, die niemals einen Arzt consultirt haben, eben weil sie keine Complicationen verursachten, während doch die Fälle, bei denen Auge oder Gehirn miterkrankten, fast ausnahmslos ärztliche Hilfe nachsuchen. Es ist auch wohl begreiflich, dass selbst ein streng conservativer Operateur seine Ansichten ändert, wenn er bei einem anscheinend durchaus harmlosen Falle auf dem Operationstisch oder bei der Autopsie unvermuthet schwerste Veränderungen findet, die vorher nicht diagnosticirbar waren. Ich verstehe es, wenn man nach derartigen Erfahrungen sich entschliesst, lieber 10 Fälle, die vielleicht auch ohne Eingriff ausgeheilt wären, zu operiren, als in einem Falle den rechten Zeitpunkt zu versäumen. Ich kann, wie gesagt, diesen Standpunkt verstehen, aber er ist nicht der meinige, und ich glaube, wenn man an alle Rhinologen der Welt eine Rundfrage richten würde: „Habt Ihr ebenso wie Gerber, der 493 Fälle von Stirnhöhlenaffectionen mit insgesammt 24 Complicationen gesehen hat, 80 mal, d. h. in jedem 8. Falle, eine Radicaloperation für nothwendig gehalten, und wie oft habt Ihr, wenn Ihr conservativer waret, Eure Zurückhaltung zu bedauern gehabt?“ — ich glaube, man würde nicht allzuviel Antworten erhalten, die Gerber zustimmen. Ich wenigstens, der ich keine Nebenhöhlenerkrankung für eine Quantité négligeable halte, habe bei der grossen Anzahl von Stirnhöhlenaffectionen, die ich gesehen habe, auch nicht annähernd so oft wie Gerber die Radical-

operation ausgeführt, und doch sind mir bis jetzt trübe Erfahrungen erspart geblieben. — Dass wir bei ernsten Complicationen von Nebenhöhlenerkrankungen operiren müssen, das haben wir aus den Erfahrungen der letzten Jahre gelernt; gern will ich auch Gerber zugeben, dass wir noch zulernen müssen, um die Indicationen zur Radicaloperation immer präciser herauszuarbeiten, aber dass wir umlernen müssten, wie Gerber meint, das will mir nicht recht in den Kopf.

Ich habe es für wünschenswerth gehalten, meine abweichende Meinung ausführlicher, als das sonst in einer Bücherbesprechung der Fall zu sein pflegt, zum Ausdruck zu bringen, weil es mir der Bedeutung der Gerber'schen Monographie zu entsprechen schien, denn ich rechne dieses Buch zu den besten, welche uns die letzten Jahre gebracht haben: ein Werk, das trotz seiner minutiösen Gründlichkeit in der Anordnung der Materie so klar und übersichtlich, in der Diction so gewandt und formvollendet ist, bedeutet einen hohen Gewinn für unsere Disciplin. A. Kuttner (Berlin).

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

54. Sitzung vom 8. April 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Jörgen Möller: Röntgenographische Untersuchungen über den Mechanismus der Brust- und Falsettstimme. (In erweiterter Form als Vortrag auf dem 1. internationalen Laryngologencongress gehalten, in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde in extenso veröffentlicht.)

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

55. Sitzung vom 14. October 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Vald. Klein: Fall von ungewöhnlich langgestielter Kehlkopfcyste.

74 jähriger Mann; durch 9 Monate zunehmende Heiserkeit, ferner in der Rückenlage Erstickungsanfälle. Kehlkopfschleimhaut nach vorn stark geschwollen; während des Phonirens wird ein glatter, bohnengrosser Tumor zwischen den Stimmbändern hinauf gepresst; der Tumor wird mittels der kalten Schlinge entfernt, ist wurstförmig, $2^1/_2$ cm lang, 1 cm im Durchmesser; die Insertionsstelle liegt im vorderen Theil des rechten Taschenbandes. Mikroskopie: Eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste, deren Wand eine directe Fortsetzung des Schleimhautbindegewebes bildet; die Oberfläche von gewöhnlichem Epithel gedeckt. Nirgends Zeichen von Malignität.

II. E. Schmiegelow: Demonstration von einem Falle tuberculöser Neubildung im Kehlkopfe, durch Thyreotomie geheilt.

49 jährige Wittwe, seit Januar 1907 Heiserkeit, etwas Husten und Auswurf. Juni 1907 wurde eine höckerige Infiltration des linken Taschenbandes gefunden,

das linke Stimmband immobil. Mikroskopie: Plattenzellencarcinom. Es wurde Thyreotomie vorgenommen, beide Taschenbänder wurden entfernt und die Innenseite des Schildknorpels mit scharfem Löffel behandelt. Mikroskopie jetzt: Typische Tuberculose. Die Wunde heilte schnell. Patientin befindet sich sehr wohl, die Stimme nur etwas heiser; das Kehlkopfinnere narbig.

Eigenthümlich ist erstens die falsche histologische Diagnose, dann aber auch, dass ein so ausgedehntes tuberculöses Leiden völlig ausheilte. Hätte S. gewusst, dass es sich um Tuberculose handle, hätte er die Thyreotomie kaum gewagt, indem grössere externe Eingriffe sehr leicht eine acute Miliartuberculose veranlassen. Zum günstigen Erfolg haben zweifellos beigetragen, erstens die energische Entfernung alles krankhaften Gewebes, dann aber auch der primäre Verschluss der Wunde, wodurch die postoperative Reizung der Luftwege verhütet wurde.

III. N. Rh. Blegvad: Oto-laryngologische Eindrücke aus Amerika. Aus einer Studienreise in den Vereinigten Staaten im Winter 1907—08.

Die Specialisirung ist in Amerika sehr weit getrieben, z. B. findet man in Chicago etwa 10 pCt. Oto-Laryngologen gegen 2 pCt. in anderen Ländern. Die Ausbildung ist jetzt bedeutend besser als früher, die Studienzeit ist auf mindestens 4 Jahre fixirt. Oto-Laryngologie ist obligatorisch, die wesentliche Ausbildung der Specialisten findet aber in „Post-graduate Schools“ statt, wo die approbirten Aerzte ihre weitere Ausbildung suchen.

Der amerikanische Specialist zeichnet sich durch grosse Selbstständigkeit und grosses Arbeitsvermögen aus, ferner durch eine grosse Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit dem besuchenden Arzt gegenüber. Das Avanciren geht schnell, indem man sich nicht fürchtet, verantwortungsvolle Stellen jüngeren Aerzten anzuvertrauen.

Die meisten Hospitäler erlauben einem jeden Arzt seine Patienten einzuliefern und zu behandeln, ausserdem giebt es aber in den grossen Städten grosse Specialhospitäler; das schönste unter diesen ist „Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital“, das geradezu musterhaft eingerichtet ist; es fasst 125 Betten.

Die Adenotomie wird fast überall in tiefer Narkose ausgeführt. Die Tonsillen werden meistens sehr gründlich entfernt, nach Ablösen der Gaumenbögen pericapsulär ausgeschält. Die submucöse Septumresection wird ausserordentlich viel ausgeführt; die Methode ist sehr wechselnd, am besten ist die von Freer. Auf dem Gebiete der Broncho- und Oesophagoskopie sind die Amerikaner weit vorgeschritten, vor allem zeichnet sich Jackson aus, der sich auch um die Gastroskopie besonders verdient gemacht hat. Die amerikanischen Laryngologen beschränken sich nicht auf die endolaryngealen Operationen, sondern nehmen auch grössere Operationen vor.

IV. P. Tetens Hald: Fall von Oesophaguspolyp (Fibroma lymphangiectaticum) durch Oesophagoskopie entfernt. Demonstration des Präparates.

Ein 58jähriger Mann hatte seit 2 Jahren zunehmende Schlingbeschwerden; er hatte das Gefühl, als blieben feste Speisen irgendwo stecken, dann kamen nachher Schmerzen und Erbrechen. Während der letzten $1^1/_2$ Jahre hatte er sich

fast ausschliesslich von flüssigen Speisen genährt. Die dickste Olivenbougie passirte anstandslos die Speiseröhre. Bei der Oesophagoskopie grösstentheils normale Verhältnisse; als jedoch der Tubus zurückgezogen wurde, erschien plötzlich eine polypenartige Excrescenz vor der Mündung, 20 cm von der Zahnreihe entfernt; sie wurde entfernt, war 4 cm lang, $1/2$ cm dick. Mikroskopie: Fibroma lymphangiectaticum. Die Schleimhaut direct oberhalb der Cardia etwas geschwollen und geröthet; ein exstirpirtes Gewebsstückchen ist noch nicht mikroskopisch untersucht worden.

Nach der Entfernung des Polypen nahmen die Schlingbeschwerden allmählich ab; eine vor 3 Wochen constatirte linksseitige Recurrensparalyse ist jetzt zurückgegangen. Bei der Röntgenuntersuchung ist der Schatten der Aorta etwas breiter als normal.

Die gutartigen Neubildungen des Oesophagus sind ziemlich selten; was aber in dem vorliegenden Falle von besonderem Interesse ist, ist die Frage, ob es wirklich der Polyp war, der die Schlingbeschwerden verursachte. Freilich macht sein lymphangiectatischer Bau es möglich, dass er infolge Stauung vielleicht beträchtlich anschwellen konnte; andererseits aber war das Aussehen der Schleimhaut des unteren Theils des Oesophagus sehr verdächtig, so dass es vermeintlich erst nach einer längeren Observationszeit möglich sein wird, sich mit Sicherheit über die wirkliche Ursache der Schlingbeschwerden auszusprechen.

Discussion: Mygind. Jörgen Möller.

---

c) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom Januar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Kelson: Blutender Nasenpolyp.

Sitz der Geschwulst war vorn am Nasenboden.

Jobson Horne: Fall von Erkrankung der Epiglottis.

Es handelt sich um die Frage der Operation wegen einer malignen Affection.

Tilley: 1. Fibröse und excentrische Einschnürung der Trachea in Höhe des 6. Trachealrings.

Es handelte sich um eine wahrscheinlich syphilitische Veränderung bei einem Manne.

2. Resultat der modificirten Killian'schen Operation bei chronischen Stirnhöhlenempyem.

Sofortiger Verschluss der Wunde, nachdem eine breite Communication mit der Nasenhöhle hergestellt ist. Diese Modification eignet sich jedoch nicht für alle Fälle.

Stuart Low spricht über die Methode Killian's Neuralgien dadurch zu vermeiden, dass man ein Stückchen vom Supraorbitalnerven excitirt.

Jobson Horne: 1. Demonstration von Präparaten von Trachealerkrankungen.

a) Gestieltes Papillom an der Bifurcation.

b) Papillom der Vorderwand bei einem Kinde.

c) Trachea einer an Suffocation gestorbenen Frau, deren Wände übersät sind von papillomatösen Excrescenzen: das Bild ähnelt einer syphilitischen diffusen Pachydemie. Metaplasie des Epithels in Pflasterepithel.

d) Diphtherischer Ausguss der Trachea mit zahlreichen Bacillen.

2. Fall von Tumor des äusseren Halses.

Entweder Lipom oder Branchialcyste.

Donelan: Tumor des rechten Schilddrüsenlappens.

Es bestand Dysphagie und Lähmung des rechten Recurrens. Bei dem 50jährigen Patienten trat unter antisyphilitischer Behandlung erhebliche Besserung ein.

In der Discussion vertraten einige Redner die Ansicht, dass es sich um einen bösartigen Tumor handle.

Creswell Baber: Weiche maligne Geschwulst der unteren Muschel bei einer alten Frau.

Sitzung vom 7. Februar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Parkes Weber: Ein Fall von hereditär entwickelten Angiomen (Teleangiectasien) der Haut und Schleimhäute mit recidivirenden Blutungen.

Der Fall ist beschrieben in Lancet, 20. Juli 1907 und in Report Clinical R. S. M. 10. Jan. 1908. Es fanden sich Teleangicetasien in Mundhöhle, Pharynx und Nase, sowie auf der äusseren Haut.

Sir Felix Semon (für Dr. Sidney Phillips): Ein Fall von multiplen Teleangiectasien.

Der Fall wurde in der klinischen Section der Royal Society of Medicine 10. Jan. 1908 vorgestellt.

Es handelte sich um eine 56jährige Frau mit erhabenen Teleangiectasien auf der Zunge, der Mundschleimhaut und im Nasenloch mit häufigen Blutungen. Der Vater litt an Nasenbluten; eine Schwester starb an Blutungen aus dem Zahnfleisch und die Tochter, die ebenfalls vorgestellt wurde, hatte Gefässerweiterungen auf der Zunge und litt an Nasenbluten.

Brown Kelly: Demonstration von Abbildungen dreier Patienten mit Teleangiectasien der Haut und der Schleimhaut in Nase und Mund.

Sir Felix Semon betont, dass in vielen laryngologischen Lehrbüchern diese Affection nicht erwähnt wird. Die häufigste Stelle, an der in diesen Fällen Blutungen auftreten, ist der Locus Kiesselbach.

Donelan: Makroskopische und mikroskopische Präparate von einer Geschwulst des rechten Schilddrüsenlappens.

(Vorgestellt in der Januarsitzung.)

Tod in Folge Blutung in die Trachea.

Es handelte sich um einen Tumor, der mit der Trachea und dem Oesophagus verbunden war. Es handelt sich um ein Plattenzellencarcinom. Es bestand Infiltration des Vagus.

Donelan: Intranasale Hypertrophie, besonders der mittleren Muscheln mit Kopfschmerzen und fortwährendem, fast ausschliesslich auf die äussere Nase beschränktem Schwitzen.

Es handelte sich um eine 18jährige Frau.

Davis meint, das lokalisirte Schwitzen sei zurückzuführen auf einen Druck, der auf die vasomotorischen Nerven der Nase ausgeübt werde.

St. Clair Thomson: 1. Fall von specifischer Pachydermie (?).

35jähriger Mann mit einer seit 3 Jahren bestehenden Heiserkeit und symmetrischen Erhabenheiten an den Processus vocales.

2. Fall von Mucocele der rechten Stirnhöhle.

Die Symptome bestehen seit 3 Jahren; es ist Verdrängung des Auges vorhanden. Bei Entleerung von Eiter lassen die Beschwerden nach.

In der Discussion geben Tilley und Lack der Meinung Ausdruck, dass eine Erkrankung der Siebbeinzellen vorliege. Einige Redner halten es für rathsam, gleichzeitig das Antrum und die Stirnhöhle zu operiren.

3. Radiographie.

Die Aufnahme soll zeigen, wie man die Grenzen des Siebbeins wie der Stirnhöhle vor der Operation bestimmen kann.

Watson Williams: 1. Mikroskopische Präparate zur Pathogenese einiger Formen von Nasenpolypen.

Die Präparate zeigen eine von circumscriptem Oedem umgebene Gruppe von Lymphgefässen, die mit nach Gram nicht färbbaren Kokken vollgepfropft sind.

Es wird der Gedanke ausgeführt, dass das Oedem durch die Verlegung der Lymphgefässe verursacht worden sein kann.

2. Universal-Kehlkopfzange für die directen und indirecten Methoden.

Jobson Horne: Linksseitige Lähmung der Znnge.

41jährige Frau. Plötzliches Einsetzen der Krankheit vor 5 Monaten, nachdem 3 Tage vorher zur Vornahme einer Zahnoperation eine submucöse Cocaininjection gemacht worden war. Vorher hatten Hinterhauptschmerzen auf derselben Seite bestanden.

Davis legt dem Vorhandensein der Entartungsreaction wenig Bedeutung bei. Er hält die Lähmung für eine functionelle.

Clayton Fox meint, das Vorhandensein gleichzeitiger Schmerzen im Occipitalnerven lege die Vermuthung nahe, dass eine beide Nerven betreffende Affection vorliege, wie ein Wirbelaneurysma.

Harold Barwall: Ein Fall von Nekrose des Aryknorpels.

Chichele Nourse: Ein Fall von Nasensarkom nach der Operation.

Entfernung einer ausgedehnten malignen Geschwulst der Siebbeingegend nach Resection des Processus nasalis des Oberkiefers, sowie von Theilen des Nasen- und Thränenbeins. Schnelle Heilung.

Jobson Horne bezweifelt die sarkomatöse Natur nach dem makroskopischen Befunde.

Stuart Low: 1. Fall von völligem Verschluss der vorderen Nasenlöcher mit partieller und progressiver Atresie des Naso- und Oropharynx.

Frau von 39 Jahren, deren Anamnese an hereditäre Syphilis denken lässt. Calmetteprobe und Tuberculininjection legen die Vermuthung auf Tuberculose mit Syphilis nahe.

2. Fall nach radicaler Oberkieferhöhlenoperation mit vereinfachter Nachbehandlung.

Die Höhle wird 48 Stunden lang tamponirt; Irrigation der Höhle, indem die Flüssigkeit von der Mundhöhle aus durch die Antrumöffnung in die Nase gespült wird.

In der Discussion wird von einigen Mitgliedern das Offenhalten der oralen Oeffnung stark kritisirt.

Tilley: Epitheliom des linken Stimmbandes im Frühstadium.

Horsford: Fall eines 17jährigen Mädchens mit genuiner Baritonstimme.

Im Alter von 14 Jahren trat Stimmwechsel ein, vorher bestand eine „Knabenstimme“. Während des Stimmwechsels machte sie die Wahrnehmung, dass sie sowohl mit tiefer wie hoher Stimme singen konnte, später cultivirte sie nur die tiefe Stimme und verlor die hohe. Sie trat in Concerthallen auf. Die Mammae waren von femininem Typus und sie hatte menstruirt. Gegenwärtig ist die Stimme um eine Octave tiefer als Contraalt. Die Stimmlippen sind roth und geschwollen und bestehen Knötchen an ihnen.

Aitken hält die Stimmlippen für länger als sie gewöhnlich bei Frauen sind, doch nicht so, wie sie beim typischen männlichen Larynx sind.

Sir Felix Semon hat den Eindruck erhalten, dass die Stimme weder Bariton noch Contraalt ist und dass das Organ kleiner ist, als beim Mann.

Dan Mc Kenzie: Endotheliom vom harten Gaumen entfernt.

Der Tumor wurde aus einer Kapsel im Periost herausgeschält.

Dundas Grant und Dan Mc Kenzie: Fall von medianer Halsfistel. (Vorgestellt in der Decembersitzung.)

Die Fistel wurde bis zum Zungenbein ausgeschnitten.

Sitzung vom 6. März 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Harold Barwell: Nekrose des Aryknorpels bei einem Mann.

In der Interarytaenoidregion befand sich ein weisser in die Glottis vorspringender Gegenstand; es bestand Schwellung und Fixation des rechten Aryknorpels. Seit 18 Monaten war Heiserkeit und Dyspnoe vorhanden. Antisyphilitische Behandlung hatte kein Resultat gebracht. B. schlägt vor, die Tracheotomie zu machen und den Knorpel auf oralem Wege zu entfernen.

George K. Grimmer: Partieller Verschluss der vorderen Nasenlöcher durch eine congenitale häutige Membran bei einem 32jährigen Mann.

Die Membran war im Innern jedes Vestibulum gelegen und verschloss den unteren Theil des Nasenloches. Die Membran wurde in einem Falle auf blutigem Wege, im anderen durch Galvanokaustik entfernt. Resultat war gut.

Betham Robinson: 1. Syphilitische Narben im Pharynx und Larynx.

Patient ist ein 36jähriger Mann; es besteht subglottische und glottische Stenose.

2. Endotheliom im oberen Theil des Oesophagus und der Trachea. (Präparat.)

Während des Lebens war eine subglottische Geschwulst zu sehen und es bestand doppelseitige Abductorlähmung. Keine Vergrösserung der Lymphdrüsen.

Sir Felix Semon lenkt die Aufmerksamkeit auf die subglottischen Tumoren als causales Moment bei Abductorlähmung.

D. R. Twerdie: Anscheinend aus papillomatösen Massen zusammengesetzte Tonsillen.

St. Clair Thomson: Wahrscheinlich bestehen die Auswüchse aus gewöhnlichem Tonsillargewebe.

E. B. Waggett: Fall von multiplen Teleangiectasien bei einem 55jährigen Mann; seit 35 Jahren bestehende Epistaxis und andere Blutungen.

Eine Schwester des Patienten hat eine ähnliche Krankengeschichte. Es treten häufig Blutungen aus dilatirten Gefässen an den Lippen und Wangen auf und am Locus Kiesselbach. Das Blut gerann sehr langsam. Es bestand congenitale Fensterung der Gaumenbögen.

De Santi hat einen ähnlichen Fall mit Blutungen aus der Nase und dem Rectum gesehen.

Steward: Mucocele der linken Stirnhöhle bei einer 62jährigen Frau.

Seit 11 Jahren war Deformation und Ptose vorhanden mit mucopurulenter Absonderung aus der Nase. Eine im Jahre 1899 gemachte Incision beseitigte die

Schwellung für 3 Jahre. Gegenwärtig ist die Orbitalfläche elastisch und nicht knöchern; das Skiagramm zeigt Dilatation der Stirnhöhle.

Tilley hat nur zweimal Mucocele der Stirnhöhle gesehen; er hält den vorliegenden Fall für eine Frontoethmoidalmucocele.

Scanes Spicer ist derselben Meinung und findet eine Schwellung in der Nase.

Watson Williams vermuthet ausserdem eine Exostose.

Mehrere Redner sprechen über die Möglichkeit, in solchen Fällen ein gutes Resultat durch intranasale Operationen zu erlangen.

Hunter Tod: Angiom des weichen Gaumens.

Das Angiom hatte die Grösse eines Eies und nahm den weichen und harten Gaumen ein. Patient war ein 48jähriger Mann.

Watson Williams hat in einem ähnlichen Fall Heilung durch 20 elektrolytische Sitzungen erzielt.

Steward und Powell empfehlen Unterbindung der Carotis externa vor Anwendung der Elektrolyse; in Fällen von septischen Complicationen können bedrohliche Blutungen auftreten.

Steward hat Embolie im Circulus Willisii nach Paraffininjectionen gesehen.

St. Clair Thomson: Lepra mit Läsionen des Velum und des Pharynx.

5 Jahre alte Krankengeschichte eines farbigen Matrosen. Während eines fieberhaften Zustandes fand man massenhaft Bacillen im Nasensecret. Am weichen Gaumen befand sich eine radiäre Narbe im Centrum; die Epiglottis war verdickt. Die Nase zeigte das Bild der atrophischen Rhinitis.

H. B. Davis: Starke Deviation des knöchernen Septums.

Discussion über die Methode der Operation.

De Havilland Hall: Ein Fall von Aphonie.

24 jähriger Mann mit recidivirender Aphonie.

Sir Felix Semon, Tilley und Dundas Grant erwähnen Fälle von functioneller Aphonie bei kräftigen Männern.

Dundas Grant: Lupus des Kehlkopfs und Rachens bei einem jungen Mann.

Donelan: Ein Fall von Aphonie.

Es schliesst sich eine Discussion an über die Methoden der Behandlung bei functioneller Aphonie.

Dundas Grant: Epitheliom der Epiglottis und des halben Kehlkopfs, das sich auf die Rachenwand ausbreitet.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

Davis: Das Fein'sche Adenotom.

Es werden die Vorzüge und Nachtheile der lateralen Krümmung erörtert.

Scanes Spicer: Papilläre Neubildung an beiden Stimmlippen von intensiv weisser Farbe bei einem 35jährigen Mann.

Patient ist in den letzten Jahren bei zwei Gelegenheiten vorgestellt worden. Es war vorher eine Geschwulst entfernt worden, die klinisch und makroskopisch sich als Papillom erwies. S. betrachtet die weisse Farbe als von Keratose herrührend.

Sir Felix Semon wiederholt den schon vor 2 Jahren geäusserten Verdacht, dass es sich um eine bösartige Geschwulst handeln könne.

Pegler stellt fest, dass früher entfernte Stücke nur eine Anhäufung von Epithel erkennen lassen. Er räth, mikroskopisch auf Leptothrix zu färben.

Mc. Bride hält den Fall für einen solchen von Keratose; er führt ähnliche Fälle an, darunter einen von Logan Turner, bei dem verschiedene keratotische Stellen im Kehlkopf vorhanden waren.

Dundas Grant führt einen in Krieg's Atlas abgebildeten Fall an.

E. B. Waggett.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1908.

Echtermeyer zeigt einen Patienten mit einer Kiefercyste, die etwa $^2/_3$ der Kieferhöhle einnimmt.

Sturmann zeigt eine neue Art der Befestigung von Reflectoren und elektrischen Lampenträgern an Stirnreifen (Gabelklaue) und eine Reihe von Instrumenten zur Eröffnung der Kieferhöhle.

Broeckaert: Ueber bulbäre Centren der Kehlkopfnerven.

Nach Ausreissen der Kehlkopfnerven fand B. bei Kaninchen, in Bestätigung der Resultate von de Beule, dass die Zellen des dorsalen Vaguskerns typische Chromolyse zeigten, dagegen der ventrale Theil immer unverändert blieb. Es ist ihm demnach nicht zweifelhaft, dass — wenigstens bei Kaninchen — der Sitz der bulbären Kehlkopfcentren nur im Dorsalkern zu finden ist.

Jacobsohn: Bei der Methode der Herausreissung der Nerven wird besonders die Stelle getroffen, wo der Nerv im Hirnstamm ausmündet. Ein Zug am Vagus wird besonders den Punkt treffen, wo der dorsale Vaguskern liegt, weil dorthin ein Theil der Vagusbündel direct einstrahlt, und dementsprechend wird dieser Punkt lädirt. Er braucht daher noch nicht das Centrum für die motorischen Fasern zu sein. Ferner haben quergestreifte Muskeln immer einen ganz typischen Zelltypus als Centrum und diese Zellen finden sich im Nucleus ambiguus, aber nie im dorsalen Kern.

Grabower: In dem Gerhard'schen Falle von Kehlkopfmuskellähmung beim Menschen wurde der ventrale Vaguskern degenerirt gefunden.

Broeckaert: Die Durchschneidung der Kehlkopfnerven giebt keine Chromolyse, weil sie zu weit vom Bulbus geschieht; diese tritt nur ein beim Zerreissen.

Grabower: Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln.

Die gezeigten Präparate stammen von einem Patienten, bei dem die Lähmungsdauer 4 Monate betrug; es bestand eine nahezu völlige Atrophie der Recurrentes, während die Degeneration der Muskeln nur eine mässige war. Die Nervenfasern der Postici waren besonders stark degenerirt, weniger die der Thyreoarytaen. und Laterales; dagegen war ein Gradunterschied in der degenerativen Veränderung zwischen Abductoren und Adductoren nicht zu constatiren. Ueber die Reihenfolge der degenerativen Muskelveränderungen und über das Wesen des degenerativen Processes hat sich G. in seiner Publication im Arch. f. Laryngol. 1908, Heft 2, ausgesprochen.

Kuttner: Man kann an den Muskeln wohl eine alte von einer jungen Lähmung unterscheiden, aber eine weitere Präcision ist ihm bei seinen Untersuchungen nicht geglückt. Die Schwierigkeiten liegen in der Inconstanz des Bildes beim normalen Muskel, bei dem die Kernzahl nicht variabel, die Fasern von verschiedener Breite sind, so dass die Unterscheidung recht schwierig ist.

Es ist auch fraglich, ob in der That im Grabower'schen Falle die Lähmung nur 4 Monate gedauert hat, da schon eine Muskelparalyse bestanden haben kann, ehe die Stimmlosigkeit auftrat.

Grabower: Eine Kernvermehrung kann auch in gesunden Muskeln vorkommen, aber nicht, wie in diesen Präparaten eine Anordnung der Kerne in Reihen und Haufen. Die Berechnung der Lähmungsdauer in diesem Falle ist ziemlich genau, da Patient nie kurzathmig gewesen und mit tönender Stimme vorher gesprochen hat.

Sitzung vom 11. December 1908.

Schötz demonstrirt ein Präparat von Gangraena laryngis, die aus einer Perichondritis des linken Aryknorpels hervorgegangen ist. Es war weder in vivo noch nach der Section festzustellen, auf welchem Wege die Affection sich entwickelt hat.

Schötz zeigt eine modificirte Wagner'sche Stanze zur breiten Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

Scheier zeigt Skiagramme von Kopf und Hals, die nur eine Expositionszeit von 1—2 Secuuden erforderten; es wird wohl gelingen, diese noch mehr herunterzusetzen, so dass man dann eine kinematographische Aufnahme des Sprechactes vornehmen kann.

Discussion über die Vorträge von Scheier und Peyser: Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie.

Haike: Die Diaphanoskopie ist der Röntgenuntersuchung unterlegen, insbesondere klärt uns letztere auf über die Ausdehnung der Stirnhöhle, was für die Wahl der Operation sehr wichtig. Bezüglich der Siebbein- und Keilbeinerkrankung ist das Röntgenbild nicht immer eindeutig.

Halle: Der Hauptwerth der Röntgenuntersuchung liegt darin, dass sie uns zeigt, wie die Höhlen zu einander liegen, wie gross sie sind und wie unser thera-

peutisches Vorgehen im Allgemeinen zu bemessen ist. Sie kann aber auch nicht annähernd in Bezug auf ihren diagnostischen Werth mit der Rhinoskopie verglichen werden. Die Röntgenbilder sind mit grosser Vorsicht zu verwerthen.

Kuttner: Für die richtige Deutung der Röntgenbilder ist nöthig eine technisch tadellose Aufnahme und die Benutzung von Originalplatten. Sie sind in topographischer Beziehung von hohem Werth; in Bezug auf die Diagnose stellen sich uns Schwierigkeiten in den Weg. Auch bei gesunden Höhlen findet sich zuweilen ein Schatten und bei kranken kann er fehlen. Bei der Keilbeinhöhlenerkrankung muss man sehr skeptisch sein.

Rosenberg: In diagnostisch zweifelhaften Fällen soll man das Skiagramm um Rath fragen. Die Diaphonoskopie ist eine werthvolle Methode, in Bezug auf die Grössenbestimmung der Stirnhöhle aber unzuverlässig und durch die Röntgenaufnahme übertroffen.

Herzfeld hat bei 60 äusseren Stirnhöhlenoperationen, die er auf Grund rhinoskopischer Untersuchung vorgenommen, nur einmal keine Eiterung gefunden. In Bezug auf das Siebbein ist das Skiagramm nicht immer zuverlässig. Bei der Stirnhöhle ist es auch sicherer, ihre Ausdehnung durch Sondirung festzustellen, und zwar von einer angelegten Oeffnung aus, nicht von der Nase aus, auch nicht unter Controle des Röntgenschirmes. Die Röntgenstrahlen sind nicht allein ausschlaggebend für die Diagnose.

B. Fränkel hat auf Grund entsprechender Symptome und einer Röntgenuntersuchung ein Stirnhöhlenempyem operiren wollen, fand aber keine Stirnhöhle.

Haike: Das Röntgenverfahren kann uns bei der Differentialdiagnose zwischen Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung Aufschluss geben und schützt uns vor Operationen bei fehlender Stirnhöhle.

Halle: Das Skiagramm kann auch eine Stirnhöhle vortäuschen, wo keine ist und umgekehrt, und gestattet keine sichere differentielle Diagnose zwischen Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung.

Alexander stimmt dem zu und betont, dass vordere Siebbeinzellen und Stirnhöhle sehr oft gleichzeitig erkrankt sind.

Peyser: Gewiss muss man alle Untersuchungsmethoden anwenden, aber das Röntgenbild ist ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Man kann selbst manchmal eine einzelne erkrankte Siebbeinzelle auf der Platte erkennen und ein Empyem der hinteren Siebbeinzellen von einem solchen der Keilbeinhöhle unterscheiden. Es ist freilich eine Beherrschung der Technik erforderlich.

Jede leichte Entzündung des Siebbeins macht sich im Bilde bemerkbar.

Scheier: Die Röntgenstrahlen dienen zur Vervollständigung der diagnostischen Untersuchungsmethoden; zeigen sie uns eine Höhle dunkel, so ist genaueste Untersuchung derselben erforderlich, resp. sie giebt uns event. eine Befestigung unserer Diagnose. Sie sind der Durchleuchtung weit überlegen. Man muss auch die Fehlerquellen der Röntgenuntersuchung kennen, um sich vor Trugschlüssen zu bewahren. Eine absolute Sicherheit gewährt sie weder im positiven noch im negativen Sinne.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. Paul Heymann (Berlin) ist anlässlich seines 60. Geburtstages die Ehrenmitgliedschaft der Moskauer und Münchener laryngologischen Gesellschaften verliehen worden; auch ist ihm von Freunden und Schülern eine Festschrift gewidmet worden, die als Heft 6 der „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete“ (Verlag von Kurt Kabitsch, Würzburg) erschienen ist. Wir schliessen uns gern den Glückwünschen zu Ehren des verdienten Collegen an, der noch kürzlich in ausgezeichneter Weise für die Selbstständigkeit der Laryngologie eingetreten ist, und dessen bezügliche Ausführungen in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1909, No. 1, die ernste Beachtung jedes Laryngologen verdienen.

Prof. E. Meyer (Berlin) ist von der Stellung als Leiter der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Halskrankheiten an der Berliner Universität, die er seit 2 Jahren innegehabt hat, zurückgetreten, und ist ihm der Rothe Adlerorden 4. Klasse verliehen worden.

Die Herren Jonathan Wright (New York) und Sendziak (Warschau) sind zu correspondirenden Mitgliedern der laryngologischen Section der Londoner Royal Society of Medicine, und Dr. J. W. Gleitsmann (New York) ist zum correspondirenden Mitglied der Berliner laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“ entnehmen wir die Nachrichten, dass Prof. Dr. Lüscher (Bern) zum Director des dortigen Institutes für Laryngologie und Otologie ernannt worden ist, und dass sich die Herren Dr. K. Grünberg in Rostock und Dr. De Carli in Rom als Privatdocenten für Oto-Rhino- und Laryngologie etablirt haben.

Die Herren van Eyken (Freiburg) und Gutzmann (Berlin) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Mai. 1909. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Hellman. Der internationale laryngologische Congress in Wien. (Z Kongressu miedzynarodowego laryngologów w Wien.)** *Medycyna. No. 44. 1908.*

Ein kurzer Bericht über die wichtigsten Congressarbeiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Herbert S. Birkett. Ein kurzer Bericht über die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebec von 1535 bis 1838. (A brief account of the history of medicine in the province of Quebec from 1535 to 1838.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1908.*

Rede des Präsidenten bei der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association in Montreal, Canada, Mai 1908. LEFFERTS.

3) **N. Satake. Mikroskopische Untersuchung des beim Husten herausbeförderten Sputums.** *Chugwai-ijishinpo. No. 683. 1908.*

Durch eine histologische Untersuchung hat Verf. zuerst die Herkunft des Sputums zu bestimmen versucht, indem er den Kranken auf eine vor den Mund gehaltene Objectglasplatte aushusten liess.

Die Sputa aus der Trachea enthalten keine Plattenepithelzellen, während diejenigen aus der Mundhöhle durch Plattenepithelzellen und reichlichen Bakteriengehalt gekennzeichnet sind. Unter 15 Kehlkopfphthisikern konnte Verf. Tuberkelbacillen nur in 2 Fällen (d. h. 13,4pCt.) constatiren, aber bei 5 Rachenphthisikern in 3 Fällen (d. h. 60pCt.). Auf Grund der obigen Resultate hält er die Rachentuberculose für viel gefährlicher als die Kehlkopftuberculose. Er schliesst sich Moritz Schmidt an, der die Kehlkopftuberculose nicht für so infectiös hielt, wie man allgemein denkt.

INO KUBO.

4) **Holger Mygind. Kurzgefasste Darstellung der Krankheiten der obersten Luftwege. (Kortfattet Fremstilling af de överste Luftveies Sygdomme.)** *Mit 86 Illustrationen. Zweite Ausgabe. Kopenhagen 1908.*

Besitzt dieselben guten Eigenschaften wie die erste Ausgabe: kurz und klar geschrieben zu sein. Ist für praktische Aerzte und Studirende bestimmt.

E. SCHMIEGELOW.

5) **F. E. Klotz. Erkrankungen des Athmungsapparates, die den Athem beeinflussen. (Diseases of the breathing apparatus which affect the breath.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Unter den Erkrankungen der oberen Luftwege, bei denen ein übelriechender Athem beobachtet wird, zählt Verf. folgende auf, indem er — so weit dies möglich ist — den Charakter des Foetors kurz charakterisirt: Chronische purulente Bronchitis; Tuberculose der Lungen; Lungenabscess; Gummata der Lungen; Asthma in vorgeschrittenem Stadium; Pneumonie in späteren Stadien; maligne Erkrankungen der Lungen; Anthrakosis, Aktinomykose und Emphysem.

Unter den constitutionellen Erkrankungen, die den Athem beeinflussen, nennt Verf. als die häufigste: Constipation; ferner Diabetes; vorgeschrittene chronische interstitielle Nephritis; fieberhafte Erkrankungen, septische Processe, Kachexie und chronische Dyspepsien. Zum Schluss führt er eine ganze Anzahl von Droguen an, die der Exspirationsluft einen charakteristischen Geruch verleihen.

LEFFERTS.

6) **William M. Richards. Die Behandlung von Erkrankungen, die auf einen Katarrh der Athemwege zurückzuführen sind. (The treatment of diseases due to respiratory catarrh.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juni 1908.*

Verf. bezeichnet eine Reihe von Krankheiten als „Vacuumrespirationserkrankungen", da sie bedingt seien durch den Versuch, durch eine theilweise verstopfte Nase Luft zu holen, wodurch ein partielles Vacuum im Respirationstract hervorgerufen werde. Die direct so hervorgerufenen Krankheiten seien: Nasen-, Hals- und Ohrkatarrh und Bronchialasthma; indirect sei das Vacuum für ein ganzes Heer anderer Erkrankungen verantwortlich.

LEFFERTS.

7) **Wm. Sohier Bryant. Die gegenseitigen Beziehungen von oberen Luftwegen, Kiefer und Zähnen. (Mutual relations of upper-air tract, jaws and teeth.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Januar 1908. N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Verf. bespricht die schädlichen Wirkungen, die die Mundathmung auf die Entwicklung des Gesichtsskelets und die Zahnbildung hat, und die Maassnahmen, die dagegen zu ergreifen sind. Er ist im Allgemeinen dafür, erst die Zähne grade zu richten und dann erst an der Nase zu operiren.

EMIL MAYER.

8) **Guastoni. Endovenöse Sublimatinjectionen bei der Behandlung der tertiären Syphilis von Hals und Ohr. (Injezioni endovenose di sublimato nella cura della sifilide tardiva dell'orecchio e della gola.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Roma (Director Prof. Ferreri). No. V. 1907.*

Verf. hat die Baccelli'sche Methode der endovenösen Injectionen bei zwei

Patienten mit syphilitischen Halsaffectionen angewandt; er empfiehlt sie besonders bei tertiär-syphilitischen Kehlkopferkrankungen.

FINDER.

9) **Arthur Dean Bevan** und **Walter W. Hamburger. Das Vorkommen von Rotz beim Menschen. (The occurrence of glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Aus einigen Fällen ihrer Erfahrung ziehen Verff. den Schluss, dass sorgfältige Untersuchungen des Eiters und Gewebes ein sehr viel häufigeres Vorkommen von Rotz ergeben, als man gewöhnlich annimmt; die Diagnose ist von der allergrössten Bedeutung für die Einleitung einer wirksamen Therapie wie besonders für die Prophylaxe einer Weiterverbreitung der Krankheit. Die kleine Epidemie, über die Verff. berichten, verlief ziemlich leicht: von drei Patienten starb einer, die beiden andern genasen.

EMIL MAYER.

10) **Leo B. Meyer** und **Burile B. Crohn. Acuter Rotz; Bericht über einen Fall. (Acute glanders. Report of a case.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Die klinische Diagnose konnte in diesem Falle durch zwei positive Blutculturen bestätigt werden. Dies ist darum wichtig, weil es schwer ist, die Mikroorganismen in den Hautpusteln zu demonstriren und isoliren. Gram'sche Färbung allein ist ohne Erfolg, verdünnte Carbolfuchsinlösung und Loeffler's Methylenblau sind mehr geeignet. In ca. 50 pCt. der Fälle wird es möglich sein, mittels der Blutculturen die Diagnose zu stellen. Im vorliegenden Falle wurden die Culturen am ersten Tage der Beobachtung angelegt; 48 Stunden darauf waren die Culturen gewachsen und wurden durch Impfung als Rotzbacillen gekennzeichnet.

EMIL MAYER.

11) **Notiz des Herausgebers. Rotz beim Menschen. (Glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es wird auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose hingewiesen und auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen richtigen Erkennung der Krankheit. So lange wir nicht das „pferdelose Zeitalter" erreicht haben, bedeutet die Erkrankung eine wirkliche und zwar ja nicht so ungemein seltene Gefahr für den Menschen.

EMIL MAYER.

12) **Thomas Hubbard. Das Problem der Asepsis in der Sprechstunde des Laryngologen. (The problem of asepsis in the routine office work of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Cf. Bericht der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907.

EMIL MAYER.

13) **Hennebert. Demonstration pathologischer Präparate. (Présentation de pièces pathologiques.)** *La Presse méd. Belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant zeigt H. vor:

1. einen sehr voluminösen Ohrpolyp;

2. zwei Rhinolithen, wovon der grösste 1,90 g wiegt und 20 + 16 + 9 mm misst;

3. einen voluminösen Speichelstein von 2,35 g Gewicht und einer Grösse von 29 + 14 + 7 mm; derselbe befand sich im Wharton'schen Canal, den er perforirt hatte; ferner

einen kleinen Speichelstein, der ebenfalls im Wharton'schen Gang sass, und diesen nach oben perforirt hatte.

Bei einer 61jährigen Frau, die an Gallen- und Nierensteinen litt, sah H. die einer acuten Ranula ähnlichen Symptome mit der Entleerung eines Dutzend kleiner Steine enden.

BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Hicguet. Die Nasenmissbildungen, ihre chirurgische Behandlung. (Les malformations nasales; leur traitement chirurgical.)** *La Presse méd. Belge. No. 15. 1908. Annales de la Soc. méd. chir. de Brabant. No. 8. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant macht H. eine Mittheilung über die Nasenmissbildungen und ihre chirurgische Behandlung nach dem heutigen Stande der Frage. Er kommt zu dem Schlusse, dass man einen Primordialunterschied zu machen habe zwischen Nasenscheidewandstacheln, -kämmen und -deviationen. Die beiden ersten können manchmal, wenn sie nicht sehr bedeutend sind, Gegenstand kleinerer Interventionen werden, die Nasenscheidewanddeviationen werden immer chirurgisch zu behandeln sein nach dem Verfahren von Killian, oder mit submucöser Resection sowohl der knorpeligen als knöchernen Nasenscheidewand, der einzigen Methode, der ein perfectes Resultat in Bezug auf Durchgängigkeit der Nase gelang und deren operativer Erfolg der beste und rascheste sei.

BAYER.

15) **Mühlenkamp** (Düsseldorf). **Ueber eine hartnäckige Folliculitis mit Abscessbildung und Fistelöffnung nach aussen hin im Nasenflügel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder. Die Fistelbildung war dadurch entstanden, dass von anderer Seite ohne Vornahme der Rhinoskopie die abscedirende Folliculitis von aussen incidirt worden war. Eine sachgemässe Behandlung führte bald zur Heilung.

HECHT.

16) **Theodore. Beitrag zur Lehre von den Endotheliomen der äusseren Nase.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 591. 1909.*

Vorerst werden die Merkmale des Cancroids und der Endotheliome der Gesichtshaut besprochen. Sichere klinische Zeichen für die Diagnose Endotheliom des Gesichts giebt es nicht; wir sind auf die mikroskopische Untersuchung angewiesen. Dann theilt Th. 4 Fälle von Endotheliom der äussern Nase mit; genauer mikroskopischer Befund, ein makroskopisches und 3 mikroskopische Bilder.

OPPIKOFER.

17) **Ludwig Nielsen** (Kopenhagen). **Endothelioma superficiale nasi.** *Dermatologisk Selskab. Hospitals Tidende. No. 37. p. 1085. 1908.*

Das Punctum saliens dieser Beobachtung ist, dass die Krankheit schon im Alter von 26 Jahren angefangen hat. Der Patient war jetzt 29 Jahre alt.

E. SCHMIEGELOW.

18) **Vetter. Zerquetschung der Nase; prothetische Restauration. (Ecrasement du nez; restauration prothétique.)** *Annales de Médecine physique. 15. April 1908.*

18 jähriger Mann mit Fractur der Nasenbeine mit breiter Distanz und Sattelbildung von 2 Jahren, Operation unter Localanästhesie; Incision auf beiden Seiten der Nase von oben nach unten. Umschlagen der Hautlappen nach aussen; Loslösen des Periosts der Nasenbeine, Resection von je $^1/_2$ cm der Nasenbeine. — Schluss der Wunde; Heilung per primam nach 14 Tagen; daraufhin Prothese mit Paraffin.

BAYER.

19) **Broeckaert** (Gent). **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nasenhypertrophie. (Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1908.*

Wenn auch die Totaldecortication mit dem Bistouri bei der Mehrzahl der Formen hypertrophischer Acne ihre Verwendung findet, so hat der Autor doch nicht für gut befunden, dieselbe in seinem Falle anzuwenden; er hat Gewebsstücke in Form von Melonensegmenten oder Orangevierteln resecirt, indem er das sklerosirte Unterhautbindegewebe mit excidirte. Vom ästhetischen Standpunkt aus, sagt er, sei die Operation so, wie er sie ausgeführt hat, bei weitem der vollständigen Abtragung aller Weichtheile überlegen; der Chirurg müsse im speciellen Falle zu entscheiden wissen.

PARMENTIER.

20) **Orlowski** (Berlin). **Ueber die kosmetische Umformung einer knorpeligen Nasendifformität durch Massage.** *Med. Klinik. 4. 1909.*

Die als Nasenspitzenblähung bezeichnete Difformität sucht Orlowski durch Striche mittels eines Massagestabes von der Nasenspitze nach der Furche zwischen Nasenseitenwand und Nüstern zu beseitigen.

SEIFERT.

21) **Joseph C. Beck. Die Chirurgie der äusseren Nasendeformitäten. (The surgery of external nasal deformities.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Ein sehr ausführlicher, mit zahlreichen Illustrationen versehener Artikel, in dem die verschiedenen Methoden zur Behebung der Nasendeformitäten beschrieben werden. Verf. meint, man solle sich nicht entmuthigen lassen, wenn eine Plastik misslingt; es gelingt bisweilen erst nach einer grossen Anzahl von Sitzungen das erwünschte Resultat zu erzielen.

EMIL MAYER.

22) **T. Okubo. Ein Fall von plastischer Operation des Nasenflügels.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Ein 22jähriger Patient mit einem durch Trauma narbig verengten Nasenloch. Unter allgemeiner Narkose hat man am Rande des Nasenflügels einen verticalen

Schnitt angelegt. Die dreieckig aufgeklappte Wunde wurde mit einem Hautknorpelstück von der Ohrmuschel des Patienten ersetzt. Glatte Heilung. INO KUBO.

23) **Ariseff. Studie über die knöcherne vordere Rhinotomie. (Étude des rhinotomies osseuses antérieures.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Von den vielen Methoden der Rhinotomie, die zur Abtragung von Tumoren der Nase, besonders solchen maligner Natur, vorgeschlagen worden sind, verdienen nach Ansicht des Verf.'s zwei den Vorzug: 1. die „Rhinotomie paralateronasale" (Moure), mit der von Sebileau vorgeschlagenen Modification; sie kann eine obere oder untere Rhinotomie sein; 2. die „Rhinotomie souslabiale unilatérale" (Sebileau), die in allen Fällen anwendbar ist, wo es sich darum handelt, einen breiten Zugang zu gewinnen. Bei diesem Verfahren ist es bisweilen nöthig, den Sinus maxillaris zu öffnen. Der kosmetische Effect ist bei beiden Operationen ein guter. A. CARTAZ.

24) **Hans Albrecht. Beiträge zur Nasenprothese.** (Aus dem Zahnärztlichen Institut der Kgl. Universität Berlin.) *Klinisches Jahrbuch. Bd. XVII. 1907.*

Verf. beschreibt Prothesen für ganze Nasen, wie er sie in einigen Fällen angewandt hat; als Material benutzte er vorzugsweise Celluloid. Er beschreibt die Verarbeitung des Materials, das Abdrucknehmen, die Befestigung der Prothese, das Bemalen derselben und illustrirt seine Ausführungen durch einige Photographien.

FINDER.

25) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Ueber Protheseparaffin. (Om Protheseparaffin.)** *Hospitals Tidende. p. 1481. 1908.*

Verf. warnt vor einem zu starken Vertrauen zu den von den Producenten angegebenen Schmelzpunkten der Protheseparaffine. Das einzige Richtige ist, dass man jedesmal selbst die Schmelzpunkte des Paraffins, das man brauchen wird, bestimmt.

Um dieses genau zu bestimmen, giebt der Verf. verschiedene Methoden an, von denen er die folgende als die einfachste und sicherste empfiehlt:

Von einem dünnen Eisendraht wird durch Umwickeln um einen Glasstab (mit 6,5 mm Diameter) ein Ring gebildet. Dieser Ring wird in das geschmolzene Paraffin getaucht und rasch wieder aufgehoben. In dem Ringe hat sich dann eine dünne Paraffinscheibe gebildet. Der Draht mit der Scheibe wird mittels eines Gummiringes an den Quecksilberkolben des Thermometers angebracht, und das Ganze in ein Becherglas, 10 cm hoch und $5^1/_2$ cm weit, gestellt. Das Gefäss ist mit ausgekochtem Wasser bis zu $^3/_4$ gefüllt. Man erwärmt vorsichtig und kann auf diese Weise die Schmelzpunkte genau bestimmen. E. SCHMIEGELOW.

26) **S. Chiba. Hartparaffininjection und -Extraction als Rhinoplastik.** *Jjishinbun. No. 749. 1908.*

Unter 167 Patienten, bei welchen der Verf. Hartparaffininjection vornahm, sah er meist eine reactive Entzündung (Schwellung, Röthung und Schmerzen) und er schlägt dagegen feuchten Umschlag auf die Nase mittelst eine schloroformmaskenähnlichen Nasenhutes vor. Ch. hat die zu viel oder unzweckmässig ein-

gespritzten Paraffinmasse mit einer von ihm construirten Extractionsspritze herauszuholen versucht.

INO KUBO.

27) **Smith Harmon. Die Correction von Nasendeformitäten durch die Anwendung von Paraffin. (The correction of nasal deformities by the use of paraffin.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Aus statistischen Zusammenstellungen des Verf.'s geht hervor, dass die Gesammtzahl der mitgetheilten Fälle 1252 beträgt; von diesen waren 1000 mit vollem Erfolg behandelt und 104 gaben kein zufriedenstellendes Resultat. Von diesen 104 Fällen trat bei 2 Erblindung ein, bei 55 erfolgten septische Erscheinungen und Ausstossung des Paraffins, bei 22 wurde das Paraffin an falscher Stelle localisirt, in 7 Fällen änderte es seinen Platz nachträglich.

Pat. giebt ferner Vorschriften über die bei der Injection zu befolgende Technik.

EMIL MAYER.

28) **C. G. Coakley. Intracranielle Complicationen von Nasenkrankheiten. (Intracranial complications of diseases of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1908.*

Allgemeine nichts Neues enthaltende Auseinandersetzungen.

LEFFERTS.

29) **Donalies** (Leipzig). **Ein rhinogener Hirnabscess. Mit Temperaturkurve.** *Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 75. Heft 3 u. 4. 1908.*

Bei einem $12^1/_2$ Jahre alten Knaben kam es im Anschluss an ein Trauma der Stirn zu 5 getrennten Eiterherden: subperiostaler Abscess, Empyem beider Stirnhöhlen, extraduraler Abscess und Hirnabscess. Den Gang der Erkrankung hat man sich wohl so zu denken, dass durch die Verletzung eine Blutung in beide Sinus frontales, ferner nach aussen unter das Periost der Stirn, nach innen vielleicht auch zwischen Dura und Knochen stattgefunden hat. Dann ist es zu einer Infection der Sinus-Hämatome von der Nase her gekommen, veranlasst oder wenigstens begünstigt durch den gerade bestehenden acuten Schnupfen. Die Infection hat sich dann auf dem Wege thrombosirter Venae perforantes unter das Periost nach aussen und unter die Dura und durch diese hindurch nach innen fortgepflanzt, wobei dann zuletzt ein Gefässbezirk des Frontallappens zur Erweichung gekommen ist.

Bemerkenswerth erscheint, dass Krämpfe der ganzen linken Körperhälfte auftraten, also derselben Seite, auf der der Abscess sass. Beide Stirnhöhlen wurden eröffnet, dann zuerst der rechte Frontallappen incidirt und — nach dem negativen Befunde hier — sofort auch der linke Frontallappen freigelegt und incidirt, wobei sich in ca. 2 mm Tiefe ein Erweichungsherd in der Ausdehnung von 1—1,5 cm im Durchmesser mit wenig flüssigem Eiter vorfand. Der Heilungsverlauf war normal, Patient wurde mit nur geringer Entstellung geheilt entlassen.

HECHT.

30) **Hans Daae** (Kristiania). **Eigenthümliche Gehirnläsion durch die Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 360. 1907.*

Es handelt sich um einen Fall von Verletzung des Nasendaches zwischen Septum und Concha superior; eine Schirmspitze drang hier durch Stoss 5 cm tief

in den linken Frontallappen bis in den linken Seitenventrikel ein. Die Entfernung vom linken Nasenloch bis zum Seitenventrikel betrug ca. 12 cm. Nach 12 Tage langer Krankheit trat der Exitus durch secundäre Encephalitis und Meningitis ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **W. Freudenthal. Ein Fall von Hirnabscess nasalen Ursprungs. (A case of abscess of the brain of nasal origin.)** *International Journal of Surgery. September 1908.*

Verf. discutirt besonders die Frage, ob eine einfache Drainage genügte oder ob in diesem Fall eine Gegendrainage nothwendig war. Bei Incision der Dura entleerte sich eine grosse Menge Eiter unter starkem Druck.

EMIL MAYER.

32) **G. Lenhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 53. 1907.*

Empfehlung des bereits im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, S. 47 publicirten „Zugstreifentampons", der neben einer Veränderung des Gazematerials noch dadurch verbessert wurde, dass neben dem zum inneren Ende des Streifens gehenden weissen Faden auch das äussere Ende des Streifens mit einem — und zwar schwarzen — Faden versehen ist. Dies erleichtert die Auffindung des Streifenendes und damit auch die bequeme Entfernung der Nasentamponade. Die Verwendungsart des „Zugstreifentampons" illustrirt die Abbildung.

HECHT.

33) **Blumenfeld. Adenoider Schlundring und endothoracale Drüsen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 445. 1908.*

Bl. hat 19 Fälle (18 im kindlichen Alter) beobachtet, bei denen er eine Tuberculose der endothorakalen Drüsen diagnosticirte. Es ist nun hervorzuheben, dass bei allen diesen 19 Fällen neben einer Vergrösserung der Halslymphdrüsen adenoide Wucherungen bestanden oder doch vor längerer oder kürzerer Zeit entfernt worden waren.

Der Autor nimmt an, dass zwischen den adenoiden Vegetationen und der Lymphdrüsenerkrankung im Thorax ein directes Abhängigkeitsverhältnis besteht; die von den oberen Luftwegen ausgehende Infection hat auf dem Lymphwege zu einer bronchialen Lymphdrüsentuberculose geführt.

Bei Kindern, die an adenoiden Vegetationen leiden und bei denen gleichzeitig Katarrhe der tieferen Luftwege bestehen, dauert manchmal auch nach Entfernung der Rachenmandel und bei nun unbehinderter Nasenathmung die Neigung zu Katarrhen weiter. Bl. glaubt, dass es sich wenigstens bei einer Reihe dieser Fälle um eine neben der Rachenmandelhyperplasie bestehende Tuberculose der bronchialen Drüsen handelt.

Die Thoraxveränderungen, die als Folgeerscheinung adenoider Vegetationen beschrieben werden, sind weniger auf das in den oberen Luftwegen liegende Athmungshindernis als vielmehr auf das Bestehen einer endothorakalen Drüsenanschwellung zurückzuführen, die daneben diese respiratorischen oder trophischen Störungen bedingt.

Beigefügt sind der Arbeit 6 Röntgenbilder, auf denen bronchiale Drüsen sichtbar sind.

OPPIKOFER.

34) **J. S. Wallace. Offene Fenster und Adenoide. (Open windows and adenoids.)** *Lancet. 29. Februar 1908.*

Von 62 Kindern, die bei geschlossenen Fenstern schliefen, hatten nur 2, von 34 Kindern, die bei offenen Fenstern schliefen, dagegen 16 adenoide Vegetationen (? Ref.).

ADOLPH BRONNER.

35) **E. Hamilton White. Pathologie der Adenoiden und der Adenoidtuberculose. (Pathology of adenoids and adenoid tuberculosis.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Primäre Tuberculose kommt in einer gewissen Zahl von Fällen — ca. 5 pCt. — von adenoiden Vegetationen vor. Zu ihrer Feststellung ist die histologische Untersuchung die beste Methode. Adenoide und Tonsillarhypertrophie sind wichtige Factoren für die Tuberculose der Cervicaldrüsen; für die Entstehung der Lungentuberculose kommt mehr ihre prädisponierende Wirkung durch den Katarrh der oberen Luftwege in Betracht.

EMIL MAYER.

36) **H. Fellinkema** (Helder). **Untersuchung über das Vorkommen von adenoiden Vegetationen bei Schulkindern in der Gemeinde Helder. (Onderzoek naar het voorkomen van adenoide vegetaties bij schoolkinderen in de gemoente Helder.)** *Rapport an die örtliche Gesundheitscommission. 1907.*

Die Untersuchung fand in den Schulen statt. Es wurden systematisch 507 Kinder, ausserdem noch von den Lehrern ausgewählte adenoidverdächtige weitere 488 Kinder untersucht. Von der letzteren Gruppe hatten 376 adenoide Vegetationen, 95 hypertrophische Gaumenmandeln, 134 Schwerhörigkeit, 17 Otorrhoe. Unter den systematisch Untersuchten fand sich Adenoid 112 mal (22 pCt.), Tonsillarhypertrophie 57 mal (11 pCt.), Schwerhörigkeit 60 mal (12 pCt.), Otorrhoe 9 mal (2 pCt.).

H. BURGER.

37) **L. Elmerich. Die adenoiden Vegetationen beim Säugling; über ihren Einfluss auf die Entwickelung. (Végétations adénoides chez le nourrisson. Leur influence sur son développement.)** *Dissert. Paris 1906.*

Die adenoiden Vegetationen halten die Säuglinge in ihrem Wachsthum zurück; wird die Rachenmandel entfernt, so stellt sich eine sofortige Gewichtszunahme ein. Einige Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

38) **K. Sakai. Ueber die Formveränderungen des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen (Untersuchungen bei Japanern).** *Gun-i-gakkwai-Zasshi. No. 169 1908.*

S. fand adenoide Vegetationen hauptsächlich bei 6—15 jährigen Kindern. Die Formänderungen des harten Gaumens und der Zahnreihe sind je nachdem verschieden, ob die Krankheit vor, während, oder nach der Zahnwechselperiode eintritt. Vor dem Zahnwechsel nimmt der Längendurchmesser des Oberkiefers zu und das Gaumengewölbe wird halbkreisförmig ohne Deformität der Zahnreihe; während

der Zahnwechselperiode wird das Gaumengewölbe spitzbogenförmig und es tritt eine starke Deformität der Zahnreihe ein; nach der Periode tritt keine Formveränderung des harten Gaumens und der Zahnreihe ein. INO KUBO.

39) **Y. Nagaoka. Zur Pathologie der Rachentonsille.** *Chugwai-iji-shinpo. No. 685. 1908.*

Unter 50 operativ entfernten Rachentonsillen fand N. nur 3mal (6 pCt.) tuberculöse Veränderungen im Gewebe. Darunter wurden Tuberkelbacillen nur einmal constatirt. INO KUBO.

40) **Alice G. Bryant. Adenoidinfectionen bei Erwachsenen. (Adenoidinfections in adults.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juni 1908.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Streptokokkeninfection der Rachentonsille bei Erwachsenen und die Wichtigkeit einer directen Untersuchung des Nasenrachenraumes in allen Fällen, wo septische Erscheinungen bestehen, die nicht mit Bestimmtheit auf irgend eine andere Körpergegend zurückgeführt werden können. Es wird über drei Fälle berichtet, in denen eine ausgesprochene Streptokokkeninfection der Rachentonsille bestand; alle wurden geheilt durch Entfernung des erkrankten Gewebes, Desinfection und geeignete Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

41) **Milton T. Ballin. Einige Beobachtungen über die Entfernung der Adenoiden. (Some observations on the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Verf. benutzt die modificirte Beckmann'sche Curette; er operirt ohne Anästheticum. Die Ursache für postoperative Blutungen und Infectionen, besonders Otitis media, sind darin zu suchen, dass herabhängende Gewebsfetzen zurückgeblieben sind. LEFFERTS.

42) **P. D. Kerrison. Adenectomie während acuter Mittelohrerkrankung. (Adenectomy during acute middle ear disease.)** *Archivs of Pediatrics. Januar 1908. N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1908.*

Aus den Ausführungen des Verf.s ist hervorzuheben, dass er für viele Fälle die Adenectomie während der acuten Otitis media empfiehlt, da erst durch jenen Eingriff diese zur endlichen Heilung gelangt. LEFFERTS.

43) **Giresse. Beitrag zum Studium der primären Rachenmandeldiphtherie (Contribution à l'étude de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée.)** *Dissert. Bordeaux 1907.*

Die Diphtherie der Rachenmandel ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird und bildet oft den Ausgangspunkt einer Diphtherie der Gaumenmandeln oder einer Larynxdiphtherie.

G. empfiehlt vor jeder Rachenmandeloperation vorerst den Rachen auf Diphtheriebacillen zu untersuchen, um eine Wundinfection sicher zu vermeiden. Dieses Verfahren halten wir für zu umständlich und auch nicht für notwendig, wenn immer nur bei vollständigem Wohlbefinden des Kindes operiert wird.

OPPIKOFER.

44) **Alt** (Wien). **Ueber Infectionen des Mittelohres nach Eingriffen in der Nase und im Nasenrachenraum.** *Wiener klin. Rundschau. No. 16. 1908.*

Kurze Mittheilung über Nasenspülungen, Nasentamponaden, über den Schneuzact als häufige Ursachen für Ohrinfectionen. HANSZEL.

45) **M. H. Menier. Ein Fall von Chorea minor, nach Abtragung der adenoiden Wucherungen geheilt.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 335. 1908.*

Die Chorea verschwand bei dem 13jähr. nervös veranlagten und an Alkohol gewöhnten Mädchen einige Wochen nach Wegnahme der adenoiden Wucherungen. Da die Nasenverstopfung seit Jahren bestand und gewöhnlich die kindliche Chorea nicht lange dauert, so hat Verfasser recht, wenn er die Heilung der Chorea zum allerwenigsten nicht einzig und allein dem operativen Eingriff zuschreibt.

OPPIKOFER.

46) **Kronenberg. Durchwandern eines Gewebsstückes durch die Tuba Eustachii nach Operation adenoider Wucherungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 430. 1908.*

Bei einem 6j. Knaben mit beiderseitiger persistirender Trommelfellperforation nach ausgeheilter Scharlachotitis wurde die Rachenmandel entfernt. Am 5. Tage nach der Operation fand K. zufällig in dem linken trockenen Mittelohr ein halberbsengrosses Gewebsstück, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Rachenmandelgewebe erwies. OPPIKOFER.

47) **Fein** (Wien). **Ueber die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.** *Med. Klinik. 39. 1908.*

S. Bericht über den Intern. Laryngo- u. Rhinologen-Congress in Wien 1908.

SEIFERT.

48) **Ernst Barth** (Berlin). **Ein neues Pharynxtonsillotom.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Modification der Schütz'schen Guillotine, erhältlich bei H. Pfau in Berlin.

ZARNIKO.

49) **Arthur J. Herzig. Eine verbesserte Adenoidencurette. (An improved adenoid curette.)** *Journal American Medical Association. 4. April 1908.*

Das Instrument ist nach dem Beckmann'schen Messer gearbeitet und unterscheidet sich von diesem dadurch, dass die beiden seitlichen Ränder zur Hälfte schneidend gemacht sind. Anstatt nach unten wird zuerst nach der Seite geschnitten und so erst die seitlichen Massen entfernt, dann erst die central sitzenden. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **A. v. Sokolowski. Beitrag zur Aetiologie und Therapie bei der Neurasthenie vorkommender Rachenerscheinungen. (Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, powstających w przebiegu neurasthenii.)** *Gazeta Lekarska. No. 51, 52. 1908.*

Die sogenannten trocknen Katarrhe des Rachens und der Nase gehören in Polen zu den häufigsten Krankheiten. Wenn wir die Kranken uns näher ansehen, so beobachten wir, dass 1. wir hier es sehr oft mit jungen Individuen, meistens Stadtbewohnern, zu thun haben, dass 2. die Mehrzahl der Kranken der semitischen Bevölkerung angehört. Weitere Beobachtungen zeigten, dass die grösste Anzahl der Kranken Neurastheniker waren. Verf. behauptet, dass die hauptsächlichsten und fundamentalen Erscheinungen der Rachen- und Nasenkatarrhe der Ausdruck von allzugrosser Reaction des Nervensystems sind in Folge des bei Neurasthenikern häufig auftretenden Rachenkatarrhs. Weiterhin bespricht Verf. der Reihe nach die hauptsächlichsten Klagen der Kranken, die an diesem Leiden litten. Die gründliche Untersuchung und vor allem die richtige Vorstellung, in wie weit bei den betreffenden Fällen die Erscheinungen von der Reizbarkeit des Nervensystems abhängen und die genaue Erkennung der richtigen Ursachen der neurasthenischen Erscheinungen sind die fundamentalen Bedingungen nicht nur der Diagnose, sondern auch der Prognose und Therapie in jedem Falle. Was die letzte anbelangt, müssen in erster Linie die Psychotherapie und dann die verschiedenen Mittel der sogenannten physikalischen Therapie berücksichtigt werden. Was Kinder anbelangt, so ist es am besten, bei derartigen Erscheinungen sie vollständig aus der Stadt zu entfernen, sie aufs Land oder in eine Anstalt unter eine sachverständige Leitung zu schicken. Für Erwachsene mit derartigen Rachenerscheinungen empfiehlt es sich, die Beschäftigung einzustellen, eine Reise zu unternehmen, besonders nach fremden Ländern, wo der Kranke bei den neuen Eindrücken, die er dabei gewinnt, seine Krankheit allmählich vergisst. Endlich erwähnt Verf. verschiedene Orte, die für mannigfaltige Typen derartiger Neurastheniker empfehlenswerth sind.

AUTOREFERAT.

51) **Kate Wylie Baldwin. Gaumenspalte und Hasenscharte. (Cleft palate and hare-lip.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Enthält den Bericht über einen sehr schwierigen und hartnäckigen Fall, dessen mit grosser Geduld durchgeführte Behandlung schliesslich zu einer völligen Heilung führte.

EMIL MAYER.

52) **Arbuthnot Lane. Die moderne Behandlung der Gaumenspalte. (A modern treatment of cleft palate.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Es kann ein breiterer Lappen in frühster Kindheit gewonnen werden, bevor die Zähne durchbrechen. Verf. beschreibt die verschiedenen Methoden der Operation; die Arbeit ist durch zahlreiche und vortreffliche Abbildungen illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

53) **Helbing** (Berlin). **Zur Technik der Gaumenspaltenoperation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 27. 1908.*

In 38 Fällen von Gaumenspalte gelang es 26 mal durch eine einmalige Operation nach Langenbeck einen vollkommenen Verschluss der Gaumenspalte zu erzielen. H. empfiehlt, vor der Ausführung der Operation eine Verschmälerung der abnorm breiten Spalte durch Annäherung beider Kieferhälften vermittels geeigneter orthodontischer Apparate vorzunehmen. SEIFERT.

54) **Winternitz** (Budapest). **Operation der Gaumenspalte mittels Plattennaht.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 86. 1908.*

Die frühe Operation wird für besser gehalten, weil man dann bei gut gelungener Naht einen sufficienten Gaumen erzielt. Genaue Beschreibung der Technik der Plattennaht. SEIFERT.

55) **S. H. Large. Die Gaumentonsillen. (The faucial tonsils.)** *Ohio State Medical Journal. 15. August 1908.*

Bei Kindern ist stets allgemeine Narkose, jedoch niemals mit Chloroform, anzuwenden, bei Erwachsenen Lachgas oder Cocain. EMIL MAYER.

56) **John E. Rhodes. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Cfr. Bericht der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Canada, Mai 1908. LEFFERTS.

57) **Hopmann** (Köln a. Rh.). **Die Furcht vor Mandeloperationen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Unter Berücksichtigung der physiologischen und pathologischen Bedeutung des lymphatischen Rachenringes entkräftet H. die gegen die Mandeloperationen erhobenen Einwendungen: 1. Bedeutungslosigkeit der Mandelentzündungen. 2. Mangelnder oder ungenügender Erfolg der Operation. 3. Directe oder indirecte Schädigungen durch die Operation. 4. Gefahr der Narkose und des Blutverlustes. 5. „Wegnahme der ganzen Mandel ist überflüssig". Verkleinerungen oder andere entsprechende Maassnahmen genügen. Autor erörtert eingehend die Indicationen und Contraindicationen zur Operation und vertritt den Standpunkt, bei gegebener Operationsindication möglichst radikal und alles in einer Sitzung in Narkose zu entfernen, so dass er, selbst bei Kindern, in einer Sitzung Rachenmandel, die beiden Gaumenmandeln, eventuell noch „Wucherungen der Wulstfalte, der Zungenmandel und Hyperplasien der Nasenmandeln, namentlich ihrer Hinterenden" entfernt. Bezüglich der Gaumenmandeln soll man — unter sorgfältiger Schonung der Gaumenbogen — die Gaumenmandeln womöglich stumpf herausschälen und das ganze Mandelgewebe entfernen. Als zweckmässigstes Instrument empfiehlt H. die von ihm und Scherenberg angegebenen, bezw. modificirten Scheeren. Verf. verbreitet sich eingehend über die Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit der Narkose zum Gelingen der Operation, über das Unzweckmässige der „Theiloperationen" und über die pathologische Bedeutung der „Mandelverkäsung". HECHT.

58) **Joseph B. Green. Entfernung erkrankter Tonsillen und Adenoiden, um den Rachen von Diphtheriebacillen zu reinigen. (Removal of diseased tonsils and adenoids to rid the throat of diphtheria bacilli.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

An und für sich bietet die Operation unmittelbar nach einer Diphtherieerkrankung nicht mehr Risiko als zu andern Zeiten; nur muss man wegen der Wahl eines Anästheticums den Allgemeinzustand, besonders den Zustand des Herzens, berücksichtigen. Jedenfalls soll nie Chloroform angewandt werden, sondern lieber Aether oder Bromäthyl.

Verf. schreibt den permanenten Befund von Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten nach Diphtherie dem Zustand der Gaumen- und Rachentonsille zu, da deren Krypten einen idealen Schlupfwinkel für die Mikroorganismen darstellen.

EMIL MAYER.

59) **Edward J. Brown. Schmerzlose Tonsillectomie und Adenectomie mit Chinin-Anästhesie. (Painsles Tonsillectomy and Adenectomy with Chinin Anaesthesia.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Verf. meint, dass Chininlösung ein ausgezeichnetes und gefahrloses Mittel zur localen Infiltrationsanästhesie bilde.

EMIL MAYER.

60) **Marchal. Amygdalotomie und Adenotomie. (Amygdalotomie et Adénotomie.)** *Archives Méd. Belges. No. 1. 1908.*

Der Leser dieser Zeitschrift dürfte schwerlich etwas Neues in dem Artikel entdecken.

BAYER.

61) **Rydygier jun. Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen. (Nowy sposób nozedecia gardla [pharyngotomia], w celu dotarcia do guzów w niem powstatych.)** *Tygodnik Lekarski. No. 51. 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die zahlreichen Operationsmethoden und empfiehlt selbst die Operation von zwei Schnitten aus vorzunehmen, deren einer vom Processus mastoideus bis herab zum Sternum entlang dem Musculus sternocleidomastoideus, der andere quer etwa senkrecht zu dem ersteren, von der Mitte des grossen Zungenbeinhornes bis zum Sternocleidomastoideus reicht. So lässt sich durch das Zurückschlagen zweier Lappen ein grosses Operationsfeld freilegen und mit Durchschneidung der Zungenbeinmuskeln sich der Zutritt zu dem ganzen Pharynx von der Schädelbasis bis zum Aditus laryngis und zur Nasenrachenhöhle bahnen. Von grossem Vortheil ist dabei auch die Freilegung der grossen Gefässe und die Möglichkeit, das dieselben umgebende lockere Gewebe mit den Lymphdrüsen ausgiebig zu entfernen.

A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Robert C. Myles. Die Entfernung der Gaumentonsillen als Mittel gegen katarrhalische Schwerhörigkeit. (The removal of the faucial tonsils as a means of relieving catarrhal deafness.)** *American Journal of Surgery. Juli 1908.*

Verf. anästhesirt das Operationsfeld, indem er die Tonsillen zuerst mit 10proc. Cocainlösung bepinselt und dann eine 1proc. Lösung in die Schleimhaut um die Kapsel herum injicirt.

Mit Scheeren löst er die Tonsillen aus der Tiefe heraus und vollendet die Operation mit Guillotine, Schlinge und Zange.

Bei Kindern bevorzugt Verf. die allgemeine Narkose. EMIL MAYER.

63) **Chevalier Jackson. Tonsillotomie oder Tonsillectomie. (Tonsillotomy or tonsillectomy.)** *N. Y. State Journal of Medicine. Januar 1908.*

Verf. meint, dass wenige Operationen allgemein so schlecht gemacht würden, wie die an den Tonsillen und dass die Tonsillotomie eine durchaus ungerechtfertigte Operation sei. Die Tonsillotomie, d. h. die Abtragung des prominirenden Theils der Tonsille führt dazu, dass die Drüsen in dem tieferen Abschnitt der Tonsille unter dem Narbengewebe der Tonsille abgeschlossen würden; dadurch werde für immer die Function der zurückbleibenden Partie aufgehoben und der Patient sei in den meisten Fällen schlechter daran als vorher. Patienten, die an periodisch auftretenden Anfällen von acuter Tonsillitis gelitten hätten, bekämen solche noch häufiger als früher; Rheumatismus, infectiöse Arthritis, Endocarditis und andere Krankheiten, die auf die Tonsillen zurückgeführt werden, würden verschlechtert oder ihr Auftreten werde durch die partielle Amputation der Tonsille wahrscheinlicher gemacht. Der einzige richtige und chirurgische Weg sei, die Tonsille gründlich aus ihrer Kapsel herauszuschälen. LEFFERTS.

64) **George L. Richards. Ein neues Instrument zum Fassen der Tonsillen vor ihrer completten Enucleation. (A new instrument for grasping the tonsil preliminary to complete enucleation.)** *Journal American Medical Association. 27. Juni 1908.*

Das Instrument gestattet, die Tonsille während des ganzen Actes der Operation festzuhalten. EMIL MAYER.

65) **Magne. Betrachtungen anlässlich eines neuen Falles von gutartiger Geschwulst des unteren Rachens. (Réflexions au sujet d'un cas nouveau de tumeur bénigne du pharynx inférieur.)** *Rev. hébd. de tumeur. April 1908.*

Bericht über einen ziemlich seltenen Fall eines gestielten, beweglichen Tumors, der bei einem 73jährigen Manne auf der Moure'schen Klinik beobachtet wurde. Der Stiel war lang und dünn und inserirte an der seitlichen Rachenwand unterhalb des Endes des hinteren Gaumenbogens. Als einziges Symptom bestanden Schluckbeschwerden. Abtragung des Tumors mit der heissen Schlinge. BRINDEL.

66) **Clement F. Theisen. Sarkom des Rachens bei einem 8jährigen Kinde mit Obductionsbericht und mikroskopischem Befund. (Sarcoma of the pharynx in a child of eight years with autopsy findings and microscopic report.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cf. Bericht der XXIX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

67) **Lavrand. Ulcerirter Tumor des Pharynx. (Tumeur ulcérée du pharynx.)** *Journal des sciences médicales de Lille. 2. Mai 1908.*

Es handelte sich um ein geschwürig zerfallendes Gummi, das unter specifischer Behandlung schnell heilte. BRINDEL.

68) **Hugo Zwillinger. Cavernöses Hämangiom des unteren Pharynx. (Caverneus hemangioma of the lower pharynx.)** *N Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Pat. war 22 Jahre alt; in dem rechten Sinus piriformis sass eine bläulichrothe Geschwulst. Nur der obere Theil der ary-epiglottischen Falte war von der Geschwulst frei geblieben, die einen Theil des Taschenbandes verdeckte und die Glottis von oben her etwas verengte. Die Oberfläche des Tumors war uneben und höckrig. Er erstreckte sich in der Richtung auf die rechte Vallecula hinter die Epiglottis auf den Zungenrücken und bedeckte die rechte pharyngo-epiglottische Falte. Mit einer breiten Oberfläche haftete er an einem Gewebszipfel, der unterhalb der rechten Tonsille herkam, die rechte Vallecula ausfüllte und am Zungengrund endete. Die Diagnose lautete Haemangioma cavernosum. Mikulicz hatte bis 1889 nur zwei solche Fälle berichten können. LEFFERTS.

69) **Gottlieb Kiaer. Ein Fall von primärem Carcinom des Epipharynx. (A case of primary cancer of the epipharynx.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

70) **R. A. Parker. Diphtherieepidemie in Boulder Westaustralien. (Diphtheria-outbreak at Boulder Westaustralia.)** *Australasian Medical Gazette. December 1908.*

Hervorzuheben sind die Isolationsmaassregeln: Alle Erkrankten wurden in ein Sonderhospital gebracht, das drei Monate geöffnet blieb, während alle mit ihnen in Berührung gekommenen Personen unter ständiger Beobachtung blieben. Die Isolation wurde so lange fortgesetzt, als die bakteriologische Untersuchung des Rachens das Vorhandensein von Bacillen ergab. A. J. BRADY.

71) **A. Montefusco. Die Morphologie des Diphtheriebacillus in Beziehung zu seiner Virulenz und zur Prognose des Croup. (La morfologia del bacillo difterico in rapporto alla sua virulenza ed alla prognosi del crup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze mediche. 15. Januar 1908.*

Auf Grund von 72 klinisch und bakteriologisch untersuchten Fällen, wovon 17 mit Obductionsbefund, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die drei Typen des Diphtheriebacillus (kurze, mittlere und lange) sich unter einander nicht durch Verschiedenheit der Virulenz unterscheiden. Der in Frankreich für fast avirulent gehaltene kurze Bacillus ist ebenso virulent wie die mittlere Form und kann sich in Culturen in den langen Bacillus umwandeln. Die Schwere des Falles hängt nicht von dem bei ihm gefundenen Bacillentypus ab, sondern vielmehr davon, ob sich andere Mikroorganismen, besonders Diplokokken und Streptokokken, ihm zugesellen. FINDER.

72) **Thos. Strani. Ein Diphtherieträger; Persistiren des Klebs-Löffler-Bacillus 9 Monate nach der Erkrankung. (A diphtheria carrier; persistance of the Klebs-Loeffler bacillus nine months after attack.)** *Lancet. 17. October 1908.*

Das Kindermädchen hatte Diphtherie; Ausstriche aus Hals und Nase ergab

keine Diphtheriebacillen. Sie inficirte die ihrer Obhut anvertrauten Kinder. In der Nase derselben fanden sich Bacillen, die nach der Behandlung verschwanden. Die Kinder wurden von Neuem inficirt und man fand wieder Bacillen in der Nase. Verf. denkt an die Möglichkeit einer Infection der Nebenhöhlen.

ADOLPH BRONNER.

73) **J. H. Brandt. Diphtherie, übertragen durch einen Hund. (Diphtheria contracted from a dog.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem mit grosser Wahrscheinlichkeit eine diphtherische mit partieller Lähmung auftretende Erkrankung eines Hundes auf ein kleines Mädchen übertragen wurde; auch einen zweiten Diphtheriefall führt er auf Ansteckung durch den Hund zurück.

Die Diagnose der Erkrankung beim Hunde geschah, indem Diphtheriebacillen in seinem Rachen gefunden und die angelegten Culturen positiv ausfielen; Injection zweier Meerschweinchen ergab bei dem einen eine typische Membran, während deren Bildung bei dem andern durch vorherige Gaben von Antitoxin verhindert wurden.

EMIL MAYER.

74) **Puddicombe. Bemerkungen über einen Fall von Diphtherie und Impetigo contagiosa beim Kind. (Notes on a case of diphtheria and impetigo contagiosa in the child.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Achtjähriges Kind mit Impetigo erkrankte an Diphtherie.

Heilung durch Seruminjectionen. Es wurden Klebs'-Loeffler'sche Bacillen in den Absonderungen aus Nase und Hals, sowie in der Impetigo gefunden.

ADOLPH BRONNER.

75) **A. Mazzi. Einige prämonitorische Zeichen der postdiphtherischen Lähmung. (Alcuni segni premonitori della paralisi post-difterica.)** *Gli Annali di Ippocrate. 15. Februar 1908.*

Bei einer Epidemie von circa 300 Fällen verlor Verf. 8 an plötzlicher Herzlähmung während der Convalescenz. Er fand stets, dass in diesen Fällen die Convalescenz begleitet war von schwerer Anämie, hartnäckiger Anorexie, Erbrechen, allgemeiner Schwäche und Schwäche der Herzfunctionen, Leibschmerzen. Verf. glaubt, dass dies davon abhängt, dass die Antitoxingaben zu gering waren und nicht nach der anscheinenden Genesung fortgesetzt wurden. Sind daher Erscheinungen, wie die oben genannten vorhanden, so soll man von Neuem Antitoxin geben.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Schiffers** (Lüttich). **Missbildung des Kehlkopfes, palmirter Larynx, Palmatur oder Palmirung des Larynx. (Malformation du larynx, larynx palmé, palmature ou palmure du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Der Autor hat bei 3 Personen eine Membran constatirt, welche ein Viertel der Stimmbänder an ihrer vorderen Commissur vereinigte. In einem Fall befreite er den Kranken von seiner Stimmschwäche, welche davon abhing, vermittelst des Galvanokauters.

Diese Membran, bestehend aus Epithelien und Bindegewebe, rührt von einer embryonalen Störung her. PARMENTIER.

77) **Gottlieb Kiaer. Congenitales Diaphragma des Kehlkopfes. (Congenital diaphragm of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die Membran nahm die vorderen drei Viertel der Rima glottidis ein und endete hinten mit einem scharfen concaven Rand. Sie war am dünnsten in der Mitte, hinten und an der Seite, während sie vorn an der Anheftungsstelle eine mehr fibröse Beschaffenheit hatte. Mittels des Galvanokauters wurde die Membran von hinten nach vorn in der Mittellinie durchtrennt. Patientin gab nach der Operation dem Erstaunen darüber Ausdruck, wie viel mehr Luft sie einathmen könnte, als vordem. EMIL MAYER.

78) **Denille. Ueber die Behandlung der diffusen Larynxpapillome beim Kind. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen chirurgischen Methoden und erörtert deren Indicationen. BRINDEL.

79) **J. Payson Clark. Kehlkopfpapillome bei Kindern; eine fernere Betrachtung über diesen Gegenstand. (Papilloma of the larynx in children; a further consideration on the subject.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal Mai 1908. EMIL MAYER.

80) **K. Malmsten** (Stockholm). **Ein Fall von kirschgrossem Fibrom des linken Stimmbandes. (Fall af körsbärsstort fibrom fran venstra stämbandet.)** *Sitzung der Schwed. Gesellschaft der Aerzte vom 22. September 1908.*

Es handelte sich um eine sonst gesunde 27jährige Dame, die seit 5 bis 6 Jahren an Heiserkeit litt; am 19. Januar 1904 konnte Dr. M. einen gelappten, bohnengrossen Tumor, vom linken Stimmbande ausgehend, constatiren. Die Pat. wollte sich nicht operiren lassen. Aphonie, erschwerte Respiration und Erstickungsanfälle führten sie jedoch 5 Jahre später zum Arzt; der Tumor war jetzt kirschgross und füllte die Stimmritze; er wurde intralaryngeal entfernt und die Stimme der Patientin wurde nach der Operation vollständig klar.

E. STANGENBERG.

81) **Sir Felix Semon. Einige Punkte in der Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Cfr. Referat des Artikels aus dem British Medical Journal. (Centralblatt 1907, S. 218.) EMIL MAYER.

82) **J. Leslie Davis. Kehlkopfneubildungen in Amerika. (Laryngeal neoplasms in America.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

An der Hand von 150 Mittheilungen amerikanischer Collegen bespricht Verf. Aetiologie, Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. EMIL MAYER.

83) **W. Okada. Ueber die Resultate der operativen Behandlung des Kehlkopfcarcinoms.** *„Gan“ (Carcinom). Bd. II. Heft 1. 1908.*

29 Patienten unter 160 Kehlkopfcarcinomkranken wurden vom Verf. während der letzten 8 Jahre mit folgenden Resultaten operirt:

1. Intralaryngeale Exstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.

In einem Falle fand sich das Carcinom in Gestalt eines Polypen am linken Stimmband. Kein Recidiv 7—8 Jahre nach der Operation.

2. Partielle Kehlkopfexstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.

3. Totale Kehlkopfexstirpation 25 Fälle. Heilung 36 pCt.

Als geheilt betrachtet O. 9 Fälle, bei welchen über ein Jahr kein Recidiv eintrat, aber er konnte nur bei 3 Patienten constatiren, dass sie noch gesund waren (3, 4 und 6 Jahre nach der Operation), während er von den übrigen keine Nachricht erhielt.

INO KUBO.

84) **H. P. Mosher. Die directe Untersuchung des Kehlkopfs und des oberen Endes des Oesophagus in Seitenlage. (The direct examination of the larynx and of the upper end of the oesophagus by the lateral route.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1908.*

Die Untersuchung wird in der Regel in Narkose vorgenommen. Verf. schildert die Technik derselben und ein von ihm zu diesem Zweck angegebenes Speculum.

EMIL MAYER.

85) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Direct Laryngoscopy.)** *St. Louis Medical Review. Juli 1908.*

Es werden drei Fälle berichtet, in denen die Diagnose mittels des Jackson'schen Speculums leicht gelang: Kehlkopfabscess, Stenose nach Intubation und Kehlkopfpapillom.

EMIL MAYER.

86) **Emilio Martinez. Ein nicht diagnosticirter Fremdkörper im Kehlkopf. (An unrecognized foreign body in the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Pat. verschluckte eine Zahnplatte; es wurde die Oesophagotomie gemacht, als deren Folge eine Recurrenslähmung zurückblieb. Es traten dann Erscheinungen von Kehlkopfstenose auf, wegen deren die Tracheotomie gemacht wurde. Im März 1907 wurde die Thyreotomie gemacht; man fand im rechten Ventrikel einen von Granulationen angefüllten Fremdkörper, einen Hammelknochen. Es wird angenommen, dass dieser im September 1905 aspirirt worden ist und wegen der bestehenden Recurrenslähmung nicht ausgehustet werden konnte. Bemerkenswerth ist die Toleranz des Kehlkopfs gegenüber einem seit 2 Monaten in ihm steckenden Fremdkörper.

EMIL MAYER.

87) **L. Heyermans** (Amsterdam). **Eine verschluckte Wurst. (Een ingeslikte worst.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1908.*

Ein dementer Achtzigjähriger erstickte beim Wurstessen. Der zufällig in der Nähe anwesende und schleunigst herbeigeholte Arzt (H.) fand ihn cyanotisch, mit offenbar ganz abgeschlossenem Luftweg. Mit den Fingern gelang es ihm, eine halbe Wurst aus dem Rachen zu entfernen. Mit einem Messer wurde dann die

Trachea eröffnet und die Wunde mittels einer Klemmpincette klaffend erhalten und durch künstliche Athmung die Respiration wieder in Thätigkeit gesetzt. Es wurde dann mit einer Zange der Rest der Wurst (wie sich herausstellte, noch eine halbe Wurst!) extrahirt. Die ganze Wurst wog 150 g.

An der Tracheotomiewunde trat keine Infection auf; allein es entstand eine Pneumonie, welcher der Alte nach 7 Tagen erlag. H. BURGER.

88) **Goyanos** (Madrid). **Blutegel in der Regio subglottica; Extraction mittels directer Laryngoskopie. (Ganguijueta dn la región subglótica extraida por laringoscepia directa.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 14. November 1907.*

Im Moment der Einführung des Instruments löste sich der Blutegel vom Kehlkopf los und heftete sich an die Innenwand des Rohrs an und konnte so extrahirt werden. TAPIA.

89) **Chevalier Jackson. Tracheobronchoskopie. (Tracheobronchoscopy.)** *Annals of Surgery. März 1908.*

Verf. beschreibt eine von ihm angegebene Modification des Bronchoskops, die vor der bisher gebräuchlichen Form gewisse Vortheile haben soll. Er hat mit diesem Instrument 17 Tracheo-Bronchoskopien wegen Fremdkörper ausgeführt und es gelang in 14 Fällen, den Fremdkörper zu entfernen. LEFFERTS.

90) **Rontaler. Beitrag zu der therapeutischen Wirkung der Tracheobronchoskopie und über die Technik der Bronchoskopie. (Przyczynek do terapeutycznego leczenia za pomoca tracheobronscheskopii.)** *Medycyna. 1908.*

Nachdem Verf. einen kurzen historischen Ueberblick der Lehre von der Bronchoskopie gegeben und den Killian'schen und Brüning'schen Apparat, wie auch die genaue Technik bei einem derartigen Verfahren genau beschrieben hat, berichtet er über zwei Fälle:

1. Rhinolaryngotracheosklerom, bei dem nach mehrmaliger Anwendung der Bronchoskopie zu diagnostischen Zwecken eine bedeutende Verminderung der Stenose eintrat, was Verf. nicht nur dem mechanischen Einfluss, sondern auch der Zerreissung und Abschabung der weichen in der Trachea befindlichen Granulationen durch den Apparat zuschreibt.

Fall 2, bei dem es sich nach Ansicht des Verf.'s bei einem 63jährigen Patienten um eine Pseudoleucaemia lymphatica cervicalis handelte, wobei eine starke Dyspnoe bestand: hierbei wurde bei mehrmaliger Anwendung des Bronchoskops eine bedeutende Verminderung der Athemnoth erzielt, was Verf. der mechanischen Wirkung auf die stark geschwollene Schleimhaut der Trachea zuschreibt.

A. v. SOKOLOWSKI.

91) **A. Winternitz** und **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der directen Tracheobronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 41—43. 1908.*

Dieser im Archiv f. Laryngologie ebenfalls erschienene Vortrag ist im Centralblatt bereits referirt worden. v. NAVRATIL-POLYAK.

92) **Walter B. James** und **Emil Mayer. Broncheskopie. (Broncheskopy.)** *N. Y. Medical Record. 30. Mai 1908.*

Ein 7jähriger Knabe inspirirte das Mundstück einer Kindertrompete. Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Mittellinie gegenüber dem vierten Dorsalwirbel mit der Spitze nach dem linken Bronchus gerichtet. Emil Mayer entfernte den Fremdkörper mittels des Bronchoskops in 13 Minuten; er lag an der Bifurcation und wurde mit dem Rohr zusammen herausgezogen. Die Operation geschah unter Chloroformnarkose. Der Fremdkörper hatte 5 Monate in den Luftwegen gesessen.

LEFFERTS.

93) **Goldstein** (Paris). **Eine Pfeife in den Bronchien. (Un sifflet dans les bronches.)** *Société de Pédiatrie. 20. October 1908.*

Der Fremdkörper sass an der Bifurcation des rechten Hauptbronchus. Bei jeder Inspiration ertönte die Pfeife, so dass man es in der Entfernung hören konnte. Nach 14 Tagen wurde sie durch einen Hustenstoss ausgetrieben.

GONTIER de la ROCHE.

94) **Wolff Freudenthal. Ein Wort zu Gunsten der systematischen Anwendung der Broncheskopie in unserer Praxis. Nebst Beschreibung eines modificirten Bronchoskops. (A plea for systematic use of bronchoscopy in our routine work. With discription of a modified bronchoscope.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Mai 1908.*

Verf. plaidirt dafür, das Feld für die Anwendung der Bronchoskopie zu erweitern. So sollten alle Erkrankungen der unteren Luftwege mit ihrer Hülfe in vivo studirt werden, und es würden so manche bisher als selten erachtete Affectionen in ein helleres Licht gesetzt werden.

Das Bronchoskop, das Verf. angiebt und das unter Leitung des Kehlkopfspiegels einzuführen ist, besteht aus zwei gleich langen Theilen, die durch ein Gelenk mit einander verbunden sind. Er glaubt, dass mittels dieser Bronchoskopie die Untersuchungsmethode sehr vereinfacht wird.

LEFFERTS.

95) **A. Galebsky** (St. Petersburg). **Ueber die Anwendung der Broncheskopie in zwei Fällen von Asthma bronchiale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Im ersten Falle wurde nach der ersten Sitzung Besserung beobachtet; bei einem neuen Anfalle, der zur Zeit der Menses eintrat, hatte die Vornahme der Bronchoskopie keinen Erfolg. Bei diesem Falle — 40jährige Frau — bestand „eine schwere Form von Asthma bronchiale, bei der sich die Erscheinungen einer diffusen Bronchitis hauptsächlich in der linken Lunge localisirten. In diesem Falle wurde mittels Bronchoskopie ein sehr deutlicher Unterschied zwischen der Schleimhaut des rechten und linken Bronchus erwiesen. Die Schleimhaut des linken Bronchus war stark geröthet und etwas ödematös."

In dem zweiten Falle — Asthma bronchiale bei einer 30jährigen Frau — „wurde durch bloss einmalige Anwendung der Bronchoskopie und Bepinselung der Bronchien mit Cocain und Adrenalin eine vollkommene Heilung des Leidens erzielt".

Autor vermuthet, dass der Erfolg der Bronchoskopie dadurch zu Stande komme, „dass durch die Bepinselung mit der starken Cocainlösung die das Asthma auslösende Reflexkette unterbrochen wird“. HECHT.

96) **Chevalier Jackson. Ein neues Broncheskop. (A new bronchoscope.)** *The Laryngoscope März 1908.*

Das Bronchoskop ist nur in zwei Grössen nothwendig: 5 mm : 30 cm für Kinder und 7 mm : 40 cm für Erwachsene; eine dritte Grösse von 9 mm : 40 cm kann gelegentlich verwendet werden, ist aber nicht unbedingt nothwendig.

EMIL MAYER.

97) **Wilson T. Ballin. Ein Kehlkopfmesser und Argentumträger. (A larynx knife and silver nitrate carrier.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Das Messer ist leicht, kann gut sterilisirt werden, seine Länge kann verstellt werden, es kann nach jeder Richtung schneidend gestellt werden und ist geschützt, so dass Verletzungen beim Herausziehen ausgeschlossen sind.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

98) **Sidney Dickens. Bemerkungen über einen Fall von acutem Kropf. (Notes on a case of acute goitre.)** *Lancet. 24. October 1908.*

Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, das an leichter Dyspnoe und Dysphagie litt. Der linke Schilddrüsenlappen fühlte sich hart an und war vergrössert. Während der Nacht nahm die Dysphagie zu. Am nächsten Tage ging es ihr erheblich schlechter. Es wurde ein Katheter vom Mund aus durch den Kehlkopf eingeführt und dann die Tracheotomie gemacht. Es trat auffallende Pulsverlangsamung und Exitus ein, der wahrscheinlich auf eine Wirkung auf den Vagus zurückzuführen war. Eine Operation war verweigert worden.

ADOLPH BRONNER.

99) **Capelle** (Bonn). **Ein neuer Beitrag zur Basedowthymus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1908.*

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur Bericht über einen Fall von operiertem Basedow mit postoperativem Exitus, als dessen Ursache „Status thymicus“ (persistirende Thymus von $10:6^1/_2:2^1/_2$ cm) bei der Autopsie festgestellt wird. „Es ist daher ein Gebot der Nothwendigkeit, bei jedem schweren Basedow, der operativ angegriffen werden soll, das Bild des Status thymicus vor Augen zu behalten, und jedesmal erst die diagnostische Kunst zu erschöpfen, für die Frage, ob der zu operirende Kranke eine vergrösserte Thymus besitzt.“ „Der Nachweis einer grossen Thymus giebt eine Contraindication zu einem Eingriff bei Basedow ab wegen der zu gewärtigenden und bei ihrem Eintritt durch nichts aufzuhaltenden Herzkatastrophen“. HECHT.

100) **Gordon Gullan. Morbus Basedow; eine Discussion über seine Pathologie und Behandlung. (Exophthalmic goitre; a discussion on it spathology and treatment.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Die Veränderung der Schilddrüse besteht in einer wirklichen Hypertrophie, die zu einer Vermehrung der specifischen Secretionen führt. Alle Symptome können bei Thieren durch die Anwendung grosser Dosen von Schilddrüsensubstanz hervorgerufen werden. Gewisse Abnormitäten in der Function der Geschlechtsorgane bilden wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Schilddrüsendegeneration. Die Parathyroiddrüsen haben wahrscheinlich nichts mit der Basedowschen Krankheit zu thun. Von 16 Fällen wurden 9 mit Rodagen (hergestellt aus der Milch thyreodectomirter Ziegen) behandelt; einer wurde geheilt, 7 erheblich gebessert, einer blieb ungebessert. Von 5 Fällen, die mit Thyreodectin behandet wurden, wurden alle geheilt.

ADOLPH BRONNER.

101) **T. H. Evans. Hypochloridisation bei der Behandlung des Morbus Basedow. (Hypochloridization in the treatment of ophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Die Behandlung ist eine der Epilepsie analoge und besteht in Verabreichung von Strontium bromat., Kaliumnitrat, Digitalis und salzloser Diät. Nach zweiwöchiger Behandlung verschwanden der Tremor und das Gefühl von Nervosität vollständig und Patientin wurde körperlich und seelisch viel ruhiger; der Puls fiel von 128 auf 96.

LEFFERTS.

102) **H. J. Berckley. Wirkung des Lecithin bei Morbus Basedow. (Action of Lecithin in exophthalmic goiter.)** *American Medical Association Journal. 24. October 1908.*

Verf. verwendet seit 3 Jahren eine alkoholische Lösung von Lecithin, die ihm in vielen Fällen von Asthenie ausgezeichnete Dienste leistete und die er jüngst auch in einigen Fällen von Morbus Basedow mit deutlichem Erfolg hat brauchen lassen. Trotz des sehr unangenehmen Geschmacks des Mittels gewöhnen sich die Patienten bald daran. Alle Patienten geben an, dass eine Stunde, nachdem sie die Medicin genommen haben, ihre Nerven sich beruhigen und die acuten Erscheinungen aufhören. Lecithin ist nicht am Platz bei gestörter Digestion und versagt ohne Hülfe einer Milchdiät. Verf. discutirt die Wirkung und giebt die Krankengeschichte von vier Fällen, von denen zwei schwere, die sehr günstig durch die Lecithin-Milchkur beeinflusst wurden.

EMIL MAYER.

103) **Jeanne C. Solis. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal Michigan State Medical Society. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des faradischen Stroms in diesen Fällen.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

104) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

In vielen Fällen kann die Röntgenuntersuchung eine werthvolle Ergänzung

der übrigen diagnostischen Methoden darstellen, in andern ist ihre Vornahme direkt geboten. Bei schwachen und neurotischen Personen ist die Einführung von Instrumenten in den Oesophagus oft schwierig, bei Herzkranken gefährlich; die Möglichkeit eines Aortenaneurysmas oder eines Mediastinaltumors stellt für sie ein Risiko dar. Nach einer bisher freilich nur geringen Zahl von Untersuchungen scheint es, als ob eine Verengung im Lumen des Oesophagus durch Röntgenuntersuchung frühzeitiger festgestellt werden kann. LEFFERTS.

105) **O. W. H. Mitchell. Frühzeitige Schwellung der Cervicaldrüsen als einziges Zeichen von Oesophaguscarcinom. (Early cervical lymph node enlargement, the sole sign of carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

An der Hand eines Falles discutirt Verf. die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und Hodgkinscher Krankheit. Er sagt, dass jede Schwellung der Cervicaldrüsen beim Menschen den Verdacht auf Malignität erwecken sollte. Im vorliegenden Fall ergab die Untersuchung einer excidirten Drüse die maligne Natur der Erkrankung. LEFFERTS.

106) **Landois** (Greifswald). **Ueber multiple Cysten des Oesophagus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Bei der Section eines 41 jährigen Diabetikers fanden sich im Oesophagus echte, von den Ausführungsgängen der ösophagealen Drüsen ausgehende Cysten mit entzündlichen Veränderungen der Submucosa. SEIFERT.

107) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zwei Fälle von Oesophagusfremdkörpern, durch Oesophageskopie extrahirt.** *Bericht der Jahresversammlung der medicinischen Gesellschaft zu Kinshu. 1907.*

1. Ein 4jähriger Knabe verschluckte vor einer Woche eine Backengräte von „Pagous cardinalis“ beim Essen. Am 11. März 1907 kam das abgemagerte Kind mit Schmerzen zu mir. Oesophagoskopie unter Chloroformnarkose auf dem Tische. (Rohr 125 cm lang, 1,0 cm im Durchmesser). Eine trapezoide (1,8 × 2,0 cm) Gräte lag im Anfangstheil des Oesophagus, die mit Killian'scher Fremdkörperzange leicht entfernt wurde.

2. 12jähr. Knabe verschluckte eine 2 Sen-Kupfermünze (3,2 cm im Durchmesser, 0,2 cm dick) aus Zufall. Am nächsten Tag (14. März 1907) kam er in die Klinik. Der Fremdkörper wurde durch Röntgenphotograghie deutlich im Anfangsteil des Oesophagus beobachtet. Extraction durch Oesophagoskopie geschah leicht mit hakenpincetteähnlicher Fremdkörperzange nach Killian.

K. empfiehlt dringlich ösophagoskopische Extraction statt Oesophagotomie selbst bei Kindern. INO KUBO.

108) **L. Mc. Gavin. Maligner Verschluss des Oesophagus. (Malignant obstruction of the oesophagus.)** *N Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Pathologie und Symptomatologie des Speiseröhrenkrebses. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Montreal 11. bis 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Herbert S. Birkett (Montreal).

Der Vorsitzende eröffnet die Verhandlungen mit einer Rede über: „Die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebeck".

Joseph H. Bryan: Entfernung eines Fremdkörpers (Getreidekorn) aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes.

Es wurden verschiedentliche Versuche gemacht, eine tracheoskopische Röhre durch den Larynx einzuführen, dies misslang aber wegen des geschwollenen Zustandes der Schleimhaut. Das Kind wurde cyanotisch; es wurde tracheotomirt und das Korn mit der Zange entfernt. B. warnt davor, nach wiederholten vergeblichen Versuchen auf der Einführung des Rohrs zu beharren.

Thomas H. Halstead: Persönliche Erfahrungen bei der Anwendung von Bronchoskop, Oesophagoskop und Gastroskop.

Es wurden 18 Operationen und Untersuchungen bei 14 Patienten vorgenommen; in allen ausser 4 Fällen in allgemeiner Narkose. Der jüngste Fall betraf ein 2 Stunden altes Neugeborenes, der älteste eine 70jährige Frau. Vier Fremdkörper wurden entfernt. Die 14 übrig bleibenden Operationen und Untersuchungen betrafen Kehlkopfpapillome, Kehlkopfstenose, Papillom des unteren Pharynxabschnittes, Verdacht auf Fremdkörper im Oesophagus; einmal bestand bei einem Neugeborenen die Indication in drohender Asphyxie. H. lenkt die Aufmerksamkeit weiter auf die Verdienste Jackson's, der sich bemüht hat, auch den Magen der directen Besichtigung zugänglich zu machen.

Discussion:

Emil Mayer (New York) legt zwei in den letzten Monaten durch Bronchoskopie entfernte Fremdkörper vor, ein Getreidekorn und ein Mundstück einer Zinnpfeife. Vegetabilien sollen wegen ihrer Neigung, aufzuquellen, sofort beseitigt werden, ob drohende Erscheinungen vorhanden sind oder nicht. M. betont auch die Nothwendigkeit geschulter Assistenz.

H. L. Swain (New Haven) berichtet über zwei Fälle; einer betraf einen Epileptiker, der ein falsches Gebiss verschluckt hatte, in dem anderen war eine Pfeiffe in die Bronchien gerathen. Im ersteren wurde die Tracheotomie gemacht, der letztere mit der Jackson'schen Zange entfernt.

Fletcher Ingals (Chicago) sagt, man solle bei schwerer Dyspnoe zunächst die Tracheotomie machen. Die Bronchoskopie habe eine glänzende Zukunft, da sie jedoch nicht ganz ohne Gefahr sei, müsse sie mit grösster Vorsicht ausgeführt werden.

W. E. Casselberry (Chicago) macht die Bronchoskopie in Aethernarkose mit subcutaner Morphiumanwendung; wird Morphium nicht gebraucht, so zieht er Chloroform vor.

H. P. Mosher (Boston) demonstrirt einen Oesophagusspiegel, ein ovales Oesophagusrohr, einen mechanischen Dilatator für Oesophagusstricturen und ein dreieckiges Rohr für den Kehlkopf.

J. P. Clark (Boston) beschreibt eine Methode, einen Faden verschlucken zu lassen, um den genauen Sitz einer Oesophagusstrictur festzustellen.

N. L. Wagner (San Francisco) spricht über den Werth der Chloroformapplication per Rectum in diesen Fällen.

T. H. Halstead hat bei Bronchialgranulationen gute Resultate mit der Application von Argyrol gehabt. Er hat in allen Fällen Aether angewandt ohne irgendwelche schlechten Erfahrungen. Er hat mittels der Gastroskopie in zwei Fällen Narben im Magen gesehen; er war im Stande, entzündliche Herde zu entdecken, die er für Ulcerationen hielt. In einem Fall konnte er die Oeffnung des Pylorus sehen.

Harris P. Mosher: Die Bildung des hartens Gaumens.

Verf. unterscheidet vier Typen des harten Gaumens: 1. der gut gerundete Alveolarbogen, 2. schmäler als jener und gestaltet wie die drei Seiten eines Parallelogramms, 3. winklig, 4. dem ersten Typus sehr nahe kommend, jedoch weiter und breiter als dieser. M. bespricht den Antheil, den die Alveolen bei der Gaumenbildung spielen, die Ursachen für die Abweichungen von der normalen Form, die Missbildung der Zähne, das ungleiche Wachsthum der Theile des Septums, das Herabsteigen der Antra, Asymmetrie der Gaumenhälften etc. Für die Asymmetrie ist in einer grossen Anzahl von Fällen ein falscher Zahndurchbruch als Ursache anzuschuldigen.

Bryson Delavan (New York) sagt, er wäre nicht im Stande, zu verstehen, warum wir so oft den hohen Gaumen im frühesten Lebensalter. gelegentlich schon bei der Geburt, finden.

B. Alexander Randell (Philadelphia) erwähnt die Erblichkeit als wichtigsten Factor.

John C. Roe (Rochester): Die Wirkung der Mundathmung besteht darin, dass die Kiefer durch lateralen Druck der Gesichtsmuskulatur einander genähert werden. Dazu kommt das Fehlen des gegenwirkenden Druckes, den die Zähne gegen einander ausüben und der während des Durchbruchs sehr zur Erhaltung ihrer regelmässigen Stellung beiträgt. Bei geschlossenem Mund spielt auch die Zunge eine wichtige Rolle für die Stellung der Kiefer.

Braden Kyle (Philadelphia) meint, die Unregelmässigkeit beschränkt sich hauptsächlich auf den Oberkiefer und es spiele dabei eine mangelhafte Ernährung des Knochens eine wichtige Rolle.

H. P. Mosher ist der Ansicht, dass die eigentliche Erklärung für das Zustandekommen des hohen Gaumens und der zweiten Dentition in dem vollkommenen Schwinden der Praemaxillae zu suchen sei.

Clement F. Theisen: Cyste der Stirnhöhle, die mit dem Stirnlappen communicirt.

Der Fall betraf eine 34jährige Frau; sie hatte Schmerzen auf der linken

Kopfseite und Ausfluss aus der linken Nase. Bei der Operation fand man die hintere Wand des Sinus in beträchtlicher Ausdehnung fehlend und die Cyste sich in den Stirnlappen hinein erstreckend. Man konnte die Pulsation der Meningealgefässe sehen. Völlige Heilung.

J. Price-Brown: Bemerkungen über zwei ungewöhnliche Stirnhöhlenfälle.

Der erste Fall betraf ein junges Mädchen, bei dem von einer früheren Operation eine Fistel bestand; nach Anlegung einer freien Oeffnung wurde ein Goldröhrchen eingesetzt; schliesslich entfernte man einen abgestorbenen Knochen, worauf Heilung eintrat. Redner meint, dass das Goldröhrchen den freien Abfluss nach der Nase sicherte. Im zweiten Falle wurde ein Gummidrain eingeführt, aber der Ausfluss hielt an. Nach Ausspülungen trat schliesslich Heilung ein.

Lewin A. Coffin: Ein Fall von Sinusitis; schwere Gehirnerscheinungen durch Operation gebessert; Pyämie; Tod.

33jährige Frau, die bewusstlos mit Delirien und Convulsionen ins Hospital gebracht wurde. Sie hatte eine Orbitalphlegmone auf der rechten Seite und Schwellung; man glaubte an das Vorhandensein eines Stirn- und Siebbeinempyems. Es wurde nach Killian operirt und man fand Eiter unter hohem Druck. Pat. fühlte sich ein paar Tage wohl, jedoch das Fieber hielt an. Man öffnete die rechte Highmorshöhle und fand hier einen Polypen. In dieser Zeit abortirte Patientin; die Frucht war 3 Monate alt. Auf den Abort folgten Infectionen an verschiedenen Körperstellen. Punction hinter der Stirnhöhle entleerte erhebliche Mengen Eiter und Pat. starb zwei Monate nach der Aufnahme unter Convulsionen. Bei der Autopsie fand man die ganze rechte Hemisphäre mit dickem Exsudat auf der Innenfläche der Dura mater, die der Pia fest adhärirte, belegt. Die Oeffnung des Abscesses befand sich an der Oberfläche des rechten Stirnlappens ungefähr in der Mitte zwischen dem unteren Pol und der Fissura Rolandi.

W. E. Casselberry macht auf die Schwierigheiten der Differentialdiagnose in Fällen wie dem von Theisen vorgestellten aufmerksam. Er weist auf die Verwirrung hin, die in dem Gebrauch der Bezeichnungen „seröse Cyste“ und „Mucocele“ besteht.

H. P. Mosher unterscheidet zwischen chronischer Retention und chronischer Eiterung der Höhlen. Es giebt viele Abstufungen bei den Mucocelen von einer geringen Zahl erkrankter Drüsen an bis zu solcher Menge, dass sie die Höhle völlig ausfüllen. Viele Fälle von chronischer Eiterung waren ursprünglich Mucocelen. Er möchte Theisen's Fall als eine nicht inficirte Mucocele ansehen.

K. L. Swain betrachtet die pathologischen Verhältnisse der Sinuserkrankungen als völlig identisch mit denen bei den Ohrkrankheiten.

C. P. Grayson (Philadelphia) erörtert die Frage, ob es sich empfiehlt, wie es Brown thut, Tuben einzuführen, um die Drainage zu sichern. Man soll einen Gazetampon von der Höhle aus in die Nase einführen, die äussere Wunde schliessen; wenn man nach 36—48 Stunden den Tampon entfernt, besteht keine Tendenz des Canals mehr, sich zu verengern.

J. H. Bryan (Washington hält eine solche Tendenz für sehr naheliegend.

T. P. Berens (New York) sagt, dass der Erfolg jeder Stirnhöhlenoperation von der ausgiebigen Drainage abhängt; diese könne durch völlige Entfernung der vorderen Siebbeinzellen gesichert werden.

L. A. Coffin (New York) berichtet über einen Fall, in dem Retention der Cyste Exophthalmos verursachte. Drainageröhren seien nach Killian'scher Operation unnöthig. Er hat nur einmal eine Nachoperation machen müssen in einem Falle, wo bei der ersten Operation ein sehr enger Supraorbitalrecessus übersehen worden war.

Henry L. Wagner: Papillitis atrophicans bilateralis linguae.

Es werden zwei Fälle berichtet; der erste betraf einen 40jährigen Mann, einen sehr starken Cigarettenraucher. Patient klagte besonders über lancinirende Schmerzen, die durch ein kleines im Centrum des hyperplasirten Zungengewebes befindliches Ulcus verursacht wurden. Gründliche Exstirpation dieser Stelle beseitigte alle Beschwerden. Mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Stückes ergab wirkliche Hyperplasie aller Schichten der Schleimhaut. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, bei der die Affection, abgesehen von der Atrophie, an die von Butlin beschriebene Hemiglossitis parenchymatosa erinnerte. Prolongirte Jodcur verhütete fast ein Jahr lang ein Recidiv.

J. P. Clark fragt den Redner, ob nicht in dem zweiten Fall Pemphigus der Zunge als Diagnose angenommen werden könnte.

J. W. Farlow (Boston) hat verschiedene Fälle von Pemphigus der Mundschleimhaut gesehen, dieselben ähnelten aber nicht dem Wagner'schen Fall. Er hat niemals Atrophie auf den Pemphigus folgen sehen.

J. Edwin Rhodes: Sarkom der Tonsille, Operation und pathologischer Befund.

Zuerst wurde die Carotis externa unter Localanästhesie unterbunden, dann der Tumor unter Cocain-Adrenalin stückweise entfernt. Es war ein Rundzellensarkom von alveolärem Typus; Pat. befindet sich zur Zeit wohl, jedoch ist die Prognose schlecht.

Bryson Delavan hebt die Vortheile hervor, die aus der Unterbindung der Carotis allein sich ergeben können.

Alexander Randall hat 16 Tage nach der Operation völliges Fehlen der Pulsation in der Art. temporalis gesehen; so lange also dauert es, bis sich der Collateralkreislauf herstellt.

Frederic E. Hopkins: Der Einfluss des Adrenalin auf Arteriosklerose.

Es können grosse Dosen Adrenalin continuirlich gegeben werden, ohne dass Arteriosklerose entsteht.

C. F. Theisen lenkt die Aufmerksamkeit auf neuere Experimente, wonach Atherom der Gefässe nur entsteht, wenn Adrenalin intravenös injicirt wird.

K. P. Mosher: Adrenalin hat bei Meerschweinchen keinen Einfluss auf die Aorta, wenn es intranasal angewandt wird.

Alexander Randall hat Adrenalin bei Morbus Basedow und otitischem Vertigo angewandt, ohne je Einfluss auf die Gefässe zu sehen.

Discussion über Recurrens- und Abductorlähmung im Kehlkopf.

John W. Gleitsmann: Einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Erkrankungen centralen Ursprungs.

Was die Localisation und Natur der Erkrankung betrifft, so können wir unterscheiden: Lähmung in Folge corticaler Erkrankungen, Störungen in der Capsula interna zwischen Rinde und Bulbus, Bulbärprocesse, Syphilis, Tumoren, Exostosen an der Schädelbasis, Druck auf den Pneumogastricus, Spinalerkrankung und endlich Lähmungen nach dem Avellis'schen oder Hughlings Jackson-schen Typus.

Was die Lähmungen aus corticaler Ursache betrifft, so bilden sie ein sehr strittiges Capitel. Die Verlegenheiten entstehen dadurch, dsss auch bei Autopsien der Bulbus nicht immer untersucht wird, so dass die Gegenwart einer corticalen Erkrankung nicht eine Mitbetheiligung des Bulbus ausschliesst. Nach dem Dafürhalten des Redners glauben gegenwärtig nur wenige Autoren an eine einseitige Kehlkopflähmung in Folge einseitiger Hirnerkrankung.

Redner bespricht dann die Lähmungen aus bulbärer Ursache.

Bei Meningitis ist Kehlkopflähmung selten, ebenso bei multipler Cerebrospinalmeningitis. Bei Tabes ist die Abductorlähmung der vorherrschende Typus, auch bei amyotrophischer Lateralsklerose und acuter Spinalleptomeningitis ist Kehlkopflähmung beobachtet worden. Zum Schluss wird der sogenannte Avellis-sche Symptomencomplex und die von Hughlings Jackson beschriebene gleichzeitige Lähmung von Pharynx, Larynx und Zunge besprochen.

Bryson Delavan: Periphere Ursachen der Kehlkopflähmung.

Er stellt drei Gruppen auf: 1. Lähmung in Folge Trauma, 2. in Folge Druck auf den Nerven und 3. in Folge Toxämie durch Vergiftung oder Erkrankung.

Als Trauma kommen Schussverletzungen und Schnittwunden des Halses, Verletzungen bei chirurgischen Operationen etc. in Betracht. Druck auf den Nerven wird verursacht durch Lymphdrüsenschwellungen, Tumoren, Aneurysmen, Herz- und Pleuraerkrankungen und Skoliose. Bei Strumen scheint die Grösse keine Rolle zu spielen: sehr grosse können ohne Störungen zu machen bestehen, kleine zum Tode führen. Nach D.'s Erfahrung ist die häufigste Ursache in Aneurysmen zu finden. Der rechte Recurrens kann wegen seiner Lage zur rechten Lungenspitze bei gewissen krankhaften Zuständen derselben gedrückt werden. Bisweilen scheinen mehr als der einfache mechanische Druck schwere entzündliche Processe eine Rolle zu spielen.

Unter den Lähmungen in Folge Vergiftung werden erwähnt solche durch: Blei, Arsen, Antimon, Kupfer, Jodkali und vielleicht Cyanid, ferner Alkohol, Opium, Belladonna, Canabis indica, Cocain. Unter den Infectionskrankheiten: Typhus, acuter Rheumatismus etc. Man muss sich fragen, ob wirklich gegenüber gewissen Droguen eine relative Affinität des Recurrens besteht. Bringt das Mittel

Veränderungen im Gewebe der Nerven selbst zu Stande? Handelt es sich um eine Neuritis in Folge Druck eines benachbarten Theiles? Oder beruhen die Wirkungen auf centralen Ursachen, die durch das Gift bedingt sind?

Clarence C. Rice: Symptomatologie der Kehlkopflähmungen.

Es werden die Erscheinungen bei Lähmung einzelner Muskeln, bei Abductorlähmung und bei totaler Recurrensparalyse besprochen. Ausführlich werden die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Lähmung und Unbeweglichkeit eines Stimmbandes in Folge Gelenkankylose erörtert.

William E. Casselberry: Diagnose und Behandlung.

Es werden die typischen Bilder der Lähmung und die Abweichungen, die davon vorkommen, besprochen. Gelegentlich findet sich eine gleichzeitige Schwellung des Aryknorpels, durch die eine Cricoarytaenoidankylose mit Immobilisirung des Stimmbandes vorgetäuscht wird. Unter 40 Fällen des Referenten war der linke Recurrens 8mal, der rechte 6mal in Folge Bestehens eines Aneurysmas gelähmt. In solchen Fällen soll Ueberanstrengung der Stimme vermieden und Jod gegeben werden. Unter jenen 40 fanden sich 4 Fälle von Pleuritis, in allen handelte es sich um Tuberculose und in allen war das rechte Stimmband gelähmt. Tumoren betrafen 8 Fälle. In sehr seltenen Fällen ist Trägheit des Stimmbandes das erste Anzeichen maligner Erkrankung. Bulbäre Abductorlähmung war in 8 Fällen vorhanden. Die blosse Thatsache der Symmetrie bei persistirender Abductorlähmung ist bezeichnend für eine Bulbärerkrankung. Die schlaffen Stimmlippen klappen auf und ab, gehen aber nicht auseinander. Bei dem einseitigen Typus und auch in dem Stadium des intermittirenden Stridors müssen wir die Möglichkeit eines überwiegenden Spasmus des M. posticus anerkennen. Referent hat eine symmetrische Ankylose ohne erhebliche Schwellung beschrieben als „Arthritis deformans der Larynx“. In diesen Fällen sollen wir angesichts auch nur des entferntesten Verdachts auf Syphilis Hg und Jod in kräftigen Dosen geben. In vier Fällen des Referenten war schliesslich die Tracheotomie nothwendig. Die Gruppe der corticalen Fälle umfasst 6 Fälle. In keinem dieser Fälle war ein typisches Bild von Lähmung vorhanden. In einem war das Stimmband fast unbeweglich in Cadaverstellung, in zwei bestand unvollkommene beiderseitige Parese, welche auf der Seite, auf der Arm und Bein gelähmt waren, stärker war; die anderen Fälle dieser Gruppe betrafen Gehirndegeneration in vorgerücktem Lebensalter, hier bildete die Parese der Stimmbänder nur theilweise die Ursache für die Schwierigkeiten beim Sprechen.

E. Fletcher Ingals: Die Diagnose der Aneurysmen mittels der Röntgenstrahlen macht ihm gewisse Schwierigkeiten. Man findet stets auf den Platten eine verdunkelte Zone gerade links vom Oesophagus, die wahrscheinlich auf die grossen Arterien zurückzuführen ist. In zwei Fällen hat er einen kleinen Tumor gerade auf der linken Seite deutlich gesehen. In dem einen Fall ergab jedoch die Autopsie kein Aneurysma.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) verhält sich den Lähmungen aus corticaler Ursache gegenüber skeptisch; er erinnert sich keines authentischen Falles

derart. Unter über 2000 Patienten mit Sprachstörungen war nur eine Lähmung bulbären Ursprungs, und war dies ein Fall von einseitiger Abductorlähmung.

B. Alexander Randall beobachtet einen Mann mit completer Stimmbandlähmung in Folge eines Hirnrindentumors; der Tumor wurde mit Erfolg operativ entfernt, jedoch ist die Bewegung des Stimmbandes bisher nur wenig wiederhergestellt.

H. L. Swain hat drei Fälle mit inspiratorischer Dyspnoe in Folge Abductorlähmung gesehen, in allen jedoch wurde eine locale Erkrankung gefunden.

J. O. Roe berichtet über einen Fall von Kehlkopflähmung in Folge spindelförmiger Erweiterung des Aortenbogens. Er hat eine Anzahl von linksseitigen Lähmungen in Folge tuberculöser Lungenspitzenaffection gesehen.

C. P. Grayson hat einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung, den er, da andere Ursachen nicht auffindbar sind, zurückführt auf eine toxische Neuritis vielleicht in Folge früher überstandener Peritonsillitiden.

C. F. Theisen berichtet über einen Fall, in dem in Folge Druckes von Drüsenmassen auf den Vagus plötzlich Tod eintrat; es war die Diagnose auf Aneurysma gestellt worden.

Gleitsmann: Was die corticalen Lähmungen betrifft, so möchte er sagen, dass doppelseitige Adductorlähmung bei Hysterie etc. einen corticalen Typus darstellen. Heilung der Kehlkopflähmungen sei sehr selten, eine solche nach doppelseitiger Recurrenslähmung sei nur einmal berichtet. In diesem Fall sei die Lähmung verursacht gewesen durch grosse pericardiale Exsudate.

W. E. Casselberry legt den Röntgenstrahlen eine grosse Bedeutung als diagnostischem Hülfsmittel bei Erkennung der Aneurysmen bei. Intubation bei doppelseitiger Abductorlähmung hält er für gefährlich; der Patient kann, wenn die Tube ausgehustet wird, sterben, bevor sie wieder eingeführt ist. Wenn Heilungen berichtet werden, so betreffen sie immer nur Fälle von Ankylose.

John O. Roe: Methode zur Eröffnung der Highmorshöhle mit Demonstration eines neuen Instruments.

Was für eine Methode man auch wählen mag, der Erfolg hängt davon ab, dass eine breite Oeffnung gemacht wird, die Zugang zu allen Teilen der Höhle und freien Abfluss des Secrets sichert. Er operirt folgendermaassen: Nach Abtragung des unteren Theils der unteren Muschel wird eine Incision durch das Periost bis auf den Knochen von hinten nach vorn in ganzer Länge des Antrums gemacht, darauf wird vorn ein senkrechter Schnitt bis auf den Nasenboden gemacht. Es wird dann der Schleimhautperiostlappen abgelöst. Dann wird vorn in der nasalen Wand, möglichst dicht über dem Nasenboden, eine Oeffnung gemacht, die mit irgend welchen Instrumenten erweitert wird. Der Lappen wird dann über den Rest der Antrumwand hinübergelegt und dort durch Gazetamponade festgehalten. Redner demonstrirt ein neues Modell eines Antrumperforators.

Harmon Smith zeigt das Instrument, mit dem er von der Fossa canina aus operirt. Er hält die Erhaltung der Schleimhaut nicht für rathsam, da wir sie oft beim ersten Verbandwechsel völlig wieder ablösen.

W. E. Casselberry hält für das beste Instrument ein solches, das nach Einführung in das Antrum nach vorn zu schneidet.

J. Price Brown meint, das von Roe demonstrirte Instrument wäre gut für chronische Fälle, wenn aber die Communication zwischen Antrum und Nasenhöhle bei jungen Patienten hergestellt würde, so bestände eine gewisse Gefahr der Atrophie. Bei letzterer Klasse von Patienten sei der Weg von der Fossa canina aus vorzuziehen.

Emil Mayer ist im Allgemeinen ein warmer Anhänger des intranasalen Weges und perhorrescirt die Methode der buccalen Operation, bei der die Mundhöhle des Patienten mit Eiter überschwemmt werde. Er ist sehr befriedigt von der Anwendung des von Miles angegebenen Meissels und eines neuerlich von seinem Assistenten Yankauer angegebenen Instrumentes, das der von Casselberry aufgestellten Forderung entspricht.

J. H. Bryan hält die intranasale Methode für viele Fälle für unangebracht, da wir durch die so geschaffene Oeffnung nicht die ganze Höhlenschleimhaut curettiren können.

T. P. Berens: Wir müssen unterscheiden, ob das Antrum nur als Eiterreservoir dient oder Sitz der Erkrankung ist. Dieser Punkt sei vom Referenten nicht genug hervorgehoben worden.

Gleitsmann stimmt mit Bryan überein; es thäte uns eine gründlichere Kenntniss der Aetiologie und Diagnose dieser Erkrankungen noth.

L. A. Coffin macht erst eine radicale Stirnhöhlen- oder Siebbeinoperation und behandelt sekundär das Antrum, indem er von der Fossa canina operirt.

E. F. Ingals wendet sich gegen den übermässigen Operationseifer mancher Aerzte. Er meint, dass 80 pCt. aller Fälle von Antrumerkrankung und noch ein grösserer Procentsatz aller Stirnhöhlenfälle durch einen verhältnissmässig geringfügigen Eingriff von der Nase aus geheilt werden könnten. Man solle stets erst mit einem solchen auszukommen suchen und sich die Radicaloperation in Reserve behalten.

J. H. Bryan erwidert, dass es unmöglich sei, eine chronische Antrumeiterung ohne Radicaloperation zu heilen, da es ohne solche nicht gelingt, die Recessus zu inspiciren.

W. L. Ballenger (Chicago) meint, dass ein grosser Theil der Entzündungen, auch der chronischen der Zellen, die vorn im Infundibulum münden, ohne Radicaloperation geheilt werden könne. Wenn freier Abfluss und Ventilation der Höhle geschaffen sei, so trete Heilung selbst bei Granulationen und bei Mitergriffensein des Knochens ein. Bei 200 Fällen hat er nur in ca. 3 pCt. Radicaloperationen für nöthig befunden.

T. P. Berens: Ungefähr 80 pCt. aller Fälle heilen ohne Radicaloperation; der intranasalen Methode ist nur entgegenzuhalten, dass wir oft nicht sehen, was wir thun.

John O. Roe: Man soll sich gewöhnen, zuerst eine kleine Oeffnung in der nasalen Wand zu machen und mit einer Sonde zu fühlen, ob die Höhle mit gesunder Schleimhaut bekleidet oder von Granulationen ausgefüllt ist. Man soll nicht die Schleimhaut auskratzen, sondern ihr Zeit zur Heilung lassen.

T. Melville Hardie: Kehlkopfabscess nach Pneumonie.

Der Fall ist interessant wegen der ungewöhnlichen Aetiologie. Im oberen Theil des Larynx fand sich ausgedehntes Oedem; Nekrose war nicht nachweisbar.

R. L. Wagner hat in einem Falle von Pneumonie Schwellung in der Nase gesehen; beide Seiten des Septums boten das Bild des Erysipels.

Emil Mayer: Weitere Geschichte eines im Jahre 1906 berichteten Falles von Kehlkopfsclerom.

Es war ein Recidiv eingetreten; es wurde die Tracheotomie gemacht und die Geschwulst der Einwirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt. Eine sechswöchige derartige Behandlung hatte ein sehr gutes Resultat und Pat. verliess das Hospital geheilt. Die Heilung hat ein Jahr angehalten; es findet sich keine Spur von Recidiv.

Thomas J. Harris: 1. Subglottische Neubildung mit ungewöhnlichen Complicationen; Heilung durch Tracheotomie.

Der Fall betraf einen 11jährigen Knaben; die Neubildung war ein Papillom.

2. Branchiocephalcyste des Nasenrachens.

Charles P. Grayson: Einige chirurgische Vorkommnisse bei Lungentuberculose.

Redner tritt warm dafür ein, dass der Hausarzt sich möglichst frühzeitig mit dem Specialisten in Verbindung setzt, um für die im Laufe der Lungentuberculose auftretenden Kehlkopfaffectionen Sorge zu tragen.

Price-Brown betont den Werth der Ruhestellung.

Gleitsmann macht auf die Gefahren des Tuberculingebrauchs aufmerksam.

J. Payson-Clark: Weitere Betrachtung über Papillom bei Kindern.

Wenn wir einen neuen Fall zur Behandlung bekommen, sollen wir ihn ein paar Wochen beobachten und wenn wir sehen, dass kein Wachsthum eintritt, die Entfernung der Tumoren ohne Tracheotomie unter directer Inspection versuchen. Diese Neubildungen reagiren auf keine Behandlung, bis die Periode ihres activen Wachsthums vorüber ist; wie lange diese Periode anhalten wird, dafür haben wir keinen Anhalt. Bei allen unseren Eingriffen müssen wir uns hüten, die Schleimhaut zu verletzen, da dieses Trauma zur Entstehung neuer Geschwülste Anlass geben kann. Die Tracheotomie hat — abgesehen von der Gefahr der Bronchopneumonie — einen ungünstigen Einfluss auf das Wachsthum der Papillome.

A. Coolidge jr. theilt die Fälle in solche bei ganz kleinen Kindern und bei Kindern, die alt genug sind, dass man Instrumente zur Inspection und Behandlung einführen kann. Ist die Tube einmal eingeführt, so soll sie so lange am Platz bleiben, bis jede Spur von Geschwulst verschwunden ist. Häufige Laryngofissuren sind zu verwerfen.

D. B. Delavan macht auf die von Rodgus (New York) angegebenen Tuben aufmerksam.

Emil Mayer fragt, ob jemand Erfahrungen mit der localen Application von Alkohol hat.

H. L. Swain hat nach der Anwendung von Alkohol Erfolg gesehen.

E. F. Ingals hat weder bei Alkohol, noch Jod, noch Carbolsäure Erfolg gesehen; er räth dringend, in allen Fällen, wo Anzeichen von Dyspnoe bestehen, die Tracheotomie zu machen, bevor irgend welche Versuche zur Entfernung der Geschwülste gemacht werden.

F. E. Hopkins (Springfield) hat Papillome verschwinden sehen infolge des durch eine Intubationstube ausgeübten Drucks mit nachfolgender Ulceration eines Stimmbandes. Eine Hartgummitube kann vielleicht bessere Resultate haben.

J. P. Clark sagt, in keinem seiner Fälle sei die Dyspnoe so stark gewesen, dass die Tracheotomie nothwendig gewesen wäre.

Wesley Miles (Montreal): Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner giebt eine Anzahl von Regeln für den Redner und Sänger und bespricht die hauptsächlichsten Fehler, die beim Sprechen im täglichen Leben, sowie beim Vortrag uud Singen gemacht werden. Alle fehlerhaften Methoden führen zu einer venösen Stauung mit nachfolgender Schädigung der Stimmorgane.

G. Hudson Makuen: Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner bespricht den centralen und peripheren Mechanismus der Stimmbildung. Bei der Reception spielt neben dem Gehör auch der Gesichtssinn eine wichtige Rolle. Das hauptmotorische Centrum ist das Broca'sche; nach den modernen Theorien jedoch spielt es mehr eine censorische als motorische Rolle. Das motorische Centrum für das gesprochene Wort liegt in der Medulla. Die wesentlichen Bedingungen für normales Sprechen sind: normale Structur der Organe, Fehlen pathologischer Hindernisse, ferner vollkommene Coordination jedes Mechanismus für sich und vollkommene Coordination der Mechanismen unter sich.

Ueber die beiden Referate erhebt sich eine sehr ausgedehnte Discussion:

T. H. Halstead lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Veränderung der Stimme bei Sängern nach Entfernung grosser Tonsillen.

Emil Mayer fragt, wie früh der Unterricht in der Stimmbildung beginnen kann.

E. F. Ingals spricht die Hoffnung aus, dass jede Universität einen Lehrer für Stimmbildung halten wird.

J. W. Farlow sagt, eine Schwierigkeit beim Unterricht im Stimmgebrauch bestehe darin, dass die Patienten den Klang ihrer Stimme nicht so hören, wie er anderen erscheine. Es werde dies gut durch die Anwendung des Phonographen illustrirt. Er legt grossen Werth auf das sorgfältige Ueberwachen des Stimmgebrauchs bei Kindern.

John M. Ingersoll: Morphologie der Muscheln.

Redner giebt eine Beschreibung der Morphologie der Muscheln bei Fischen, Reptilien, Panthern, Affen und Menschen; er demonstrirt dazu ausgezeichnete Zeichnungen.

Bryson Delavan macht darauf aufmerksam, dass wir bei Septumoperationen oft an einen etwas ovalen Raum kommen, der wohl Ueberreste des Jakobson'schen Organs resp. seines Ausführungsganges darstellen könnte.

W. E. Casselberry hat diesen Befund niemals gemacht.

Walter F. Chappell: Eine seltene hypertrophische Form der Syphilis des Rachens und der Epiglottis.

Beide Gaumenbögen waren stark hyperplasirt. Sehr hypertrophisches Gewebe nahm die Stelle der Tonsillen ein, die Uvula war stark verdickt und das hypertrophische Gewebe füllte fast den ganzen Rachen aus. Besserung nach specifischer Behandlung.

D. Braden Kyle: Membranöse tertiär-syphilitische Veränderungen im Pharynx, Tonsillen, Mundhöhle und weichen Gaumen.

Bericht über drei Fälle. K. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber der Vincent'schen Angina und die Bedeutung der Diagnose ex juvantibus.

Henry L. Swain: Epiglottiscysten mit Oedem und Abscess.

Diese Fälle sind ihrem Ursprung nach dunkel. S. berichtet über drei Fälle mit „idiopathischem entzündlichen Oedem".

Emil Mayer erwähnt einen Fall von Epiglottitis, die Athemnoth verursachte und fast die Tracheotomie nöthig gemacht hätte; sie ging schliesslich unter heissen Inhalationen und Adrenalinapplicationen zurück.

Nachträglich konnte festgestellt werden, dass fast die Hälfte der Epiglottis fehlte. Es handelte sich um eine acute Entzündung in dem nach syphilitischer Zerstörung übrig gebliebenen Rest der Epiglottis.

E. Fletcher Ingals hat kürzlich eine Cyste der Epiglottis durch Aspiration und Injection von Jod und Carbolsäure geheilt.

J. M. Ingersoll behandelte zwei Epiglottiscysten durch einfaches Abkappen der Spitze; es trat kein Recidiv ein.

William K. Simpson: Kehlkopfstenose beim Erwachsenen, erfolgreich mit Intubation behandelt; Tragen der Tube zwei Jahre hindurch.

Joseph L. Goodale: Die Behandlung inoperabler Tonsillarhypertrophie mittels interstitieller Injectionen von Silbernitrat.

Die Injectionen werden mit 4—8proc. Lösung alle 5—8 Tage gemacht und haben guten Erfolg.

James E. Newcomb: Blutung nach Peritonsillitis; Ligatur der A. carotis communis; Heilung; Studie über 51 Fälle von Blutung nach Halseiterungen.

Von den 51. Fällen, die N. zusammengetragen hat, betrafen 41 Peritonsillitiden, und zwar erfolgte die Blutung 11mal sofort nach spontanem Durchbruch — von diesen gingen 7 tödtlich aus —; 15mal war die Blutung nach spontanem Durchbruch eine secundäre — von diesen waren 8 tödtlich; unmittelbare Blutung

nach Incision 7mal, davon 4 mit fatalem Ausgang; secundäre Blutung nach Incision 8mal, davon 4 tödtlich. Nach 5 Fällen von Retropharyngealabscess traten Blutungen auf, von denen 2 tödtlich verliefen. 3 Fälle erfolgten bei Scharlacheiterung und 2 bei gangränöser Tonsillitis. Die beiden letzteren verliefen tödtlich. In Summa: 51 Blutungen mit 54,8 pCt. tödtlichem Ausgang. Die angewandten Operationen waren: Unterbindung der Carotis communis 16mal mit 11 Heilungen, Unterbindung der Carotis externa und interna 1mal mit Heilung, Unterbindung aller drei Gefässe 1mal mit Heilung.

In den Fällen von Peritonsillitis mag die plötzliche Druckverminderung, wenn die Ruptur des Abscesses an der Arterienwand eintritt, zum Zerreissen der letzteren führen. Die Autopsie zeigte bei diesen Fällen, dass oft die Carotis interna betroffen ist; Unterbindung der Carotis externa genügt daher nicht.

W. E. Casselberry meint, man solle die Gefahren einer Unterbindung der Carotis communis nicht unterschätzen. Man erhalte eine Lähmung der entgegengesetzen Seite.

W. L. Ballenger: Wenn man Verletzungen der Musculatur der Gaumenbögen und der Tonsillargrube vermeidet, so treten keine schweren Blutungen auf. Bei Oeffnung des Peritonsillarabscesses muss man den vorderen Gaumenbogen abheben.

J. O. Roe findet die Anwendung gebogener Scheeren besser, als die von Messern.

Der nächste Congress findet in Boston statt. Zum Präsidenten wurde gewählt A. Coolidge (Boston), zum ersten Vicepräsidenten Emil Mayer (New York).

Emil Mayer.

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1909.

Halle zeigt einen 53jährigen Patienten mit Larynxcarcinom, das erst vor 4 Wochen Heiserkeit verursacht hat und einen höckerigen Tumor der linken Seite darstellt. Diese ist unbeweglich, Aryknorpel, aryepiglottische Falte, Lig. glossoepiglott. infiltrirt, Taschenband ödematös, Stimmband geschwollen.

Peyser und Landsberger: Indicationen sowie neuere Methoden und Ergebnisse der kieferorthopädischen Behandlung bei Mundathmung.

Gar nicht so selten sind Kinder nach der Adenotomie nicht im Stande, durch die Nase zu athmen, selbst wenn alle anderen erforderlichen Maassregeln durchgeführt werden. Das hat dann seinen Grund in einer Leptorhinie, die durch kieferorthopädische Behandlung beseitigt werden muss. Diese ist in 6 Fällen von L. mit vollem Erfolge durchgeführt worden; es bestanden vor der Behandlung Mundathmung, Luftröhrenkatarrh, häufiger Schnupfen und Kopfschmerzen, selbst nachdem die Adenotomie resp. Fensterresection, Spinaabtragung vorgenommen und Schnarchbinde, Arsen, Eisen u. s. w. angewandt worden war. Recidive von Rachenmandeln traten nach der Behandlung nicht auf. Der vorher schmale und

spitze Gaumen wurde verbreitert und abgeflacht. Diese Therapie kann bei Kindern von 6 Jahren und darunter beginnen und ist noch bei 17jährigen mit Erfolg durchgeführt worden.

Die Methoden der Kieferdehnung beruhen entweder auf der elastisch wirkenden Kraft der Feder oder auf einer Schraubenwirkung; jene wirkt continuirlich, aber die Kraft erschlafft bald, diese wirkt intensiver, aber nicht continuirlich. L. hat nun einen Apparat construirt, bei dem beide Principien vereinigt sind und der direct auf die Seitenwände des Gaumens drückt und eine unmittelbare Wirkung auf das ganze Gaumengewölbe ausübt. Seine erste Wirkung ist schon nach 6 Wochen sichtbar, indem die mittleren Schneidezähne auseinandergehen. Durch Dehnung wird ein Breitenwachsthum des Kiefers von der Gaumennaht aus erzielt, wovon die Weitung des Nasenbodens die Folge ist.

Sitzung vom 19. Februar 1909.

Finder zeigt einen ungewöhnlichen Fall von Pachydermia laryngis, bei dem die Stimmbänder und zum Theil die hypoglottische Schleimhaut mit weissen abschilfernden Belägen versehen waren, die ziemlich fest aufsassen und aus verdickten, oberflächlich verhornten Epithelmassen bestanden.

Landgraf hat einen ähnlichen Fall gesehen, der mit Leukoplakie der Zunge und Verdickung der Mundschleimhaut complicirt war.

Davidsohn demonstrirt einen Fall von ausgedehntem Schleimhautlupus. Ursprünglich war nur der Rachen befallen; unter Röntgenbehandlung heilte die Affection. Jetzt zeigt sich eine Ulceration neben der Uvula, die Epiglottis, die Plicae pharyngoepiglott. und aryepiglott., Taschen- und Stimmbänder, wie Aryknorpel und die Basis linguae sind ebenfalls von dem Process ergriffen.

Kuttner zeigt einen Fall von linksseitiger Recurrenslähmung mit den typischen Erscheinungen. Das rechte Stimmband aber zeigt eine ganz geringe Abductionsbeschränkung, sein M. lateralis und transversus arbeiten vielleicht etwas träger; der internus ist aber schwer geschädigt, der freie Rand des rechten Stimmbandes ist dünn und ausgeschweift. Es war also bei einer rechtsseitigen Recurrenslähmung der Internus vollkommen gelähmt bei nur minimaler Beeinträchtigung der Abductorfunction.

Grabower kann keine Verringerung der abductorischen Bewegung im Vergleich zu der des Posticus finden.

Barth hält die Bewegungen des rechten Stimmbandes für ausreichend.

Bruck demonstirt einen Fall von Pharyngomykosis leptothricia, bei dem die Zapfen sich bis auf den Kehlkopfeingang herunter erstrecken. Die Mutter und eine Schwester der Patientin litten resp. leiden an derselben Krankheit.

Landgraf hat zwei Schwestern an Pharyngomykosis behandelt; es scheint demnach eine familiäre Disposition vorzuliegen.

Heymann hat drei Schwestern mit dieser Affection gesehen; die Therapie ist meist erfolglos.

B. Fränkel: Das gehäufte Vorkommen in einer Familie könnte dafür sprechen, dass ein Mikroorganismus eine ätiologische Rolle spielt.

Reichert hat in einem Falle Erfolg von Pinselungen mit Chlorzinklösungen abwechselnd mit Höllensteinlösungen gesehen.

Finder erzielte einige Male Heilung durch Abtragung der Tonsille resp. Morcellement.

Rosenberg steht quoad therapiam auf einem nihilistischen Standpunkte, dagegen kommen Spontanheilungen nicht so selten vor. Einmal hat er die Erkrankung mit der Gravidität auftreten und mit ihrer Beendigung schwinden sehen.

Heymann sah auch Spontanheilungen.

Loewenberg empfiehlt das Tabakrauchen.

Sturmann berichtet über einen Fall von Larynxtuberculose mit schwerer Dysphagie, der unter Alkoholinjectionen in den N. laryng. sup. schwand. Der ganze Kehlkopfeingang, der tuberculös infiltrirt ist, ist nach drei Injectionen (24. XI., 12. XII. und 19. I.) drei Monate lang unempfindlich geblieben.

Kuttner hat Novocain-Adrenalininjectionen in den Nerven mit nur schnell vorübergehendem Erfolge gemacht, der noch bei Anwendung stärkerer Lösungen beeinträchtigt wird dadurch, dass die Patienten sich verschlucken.

Sturmann: Die Alkoholeinspritzungen sind ungiftig und wirken auf längere Zeit als Cocaininjectionen. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

XVI. Internationaler Medicinischer Congress.

Budapest, 29. August bis 4. September 1909.

Vorläufiges Programm der Section XV: Rhinologie und Laryngologie.

Bureau:

Präsident: E. v. Navratil, IV. Váczi-utcza, 40. Budapest.
Vicepräsidenten: E. Baumgarten, A. v. Irsai, A. Onodi.
Hauptsecretär: Z. Donogány, VIII, József-körút, 37/39, Budapest.
Mitglieder: B. v. Gámán (Kolozsvár), Ch. Morelli, J. Némai, L. Polyák, H. Zwillinger.
Secretäre: H. Halász (Miskolcz), M. Klár, C. Láng, Z. v. Lénárt, A. Lipscher, D. v. Navratil, E. Pollacsek, E. v. Tovölgyi.

Berichte:

Barlatier (Romance): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Baurowitz (Krakau): Zur Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms.
Boumann (Amsterdam) und Zwaardemaker (Utrecht): Experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.
Bresgen (Wiesbaden): Heufieber, nervöses Asthma und Verschwellung der Nasenschleimhaut.
Broeckaert (Gand): Etat actuel de la question des paralysies récurrentielles (Paralysies d'origine cérébrale et bulbaire).
Castex (Paris): Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx.
Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis.
Citelli (Catania): Vegetazioni adenoidi.
Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.

Grossmann (Wien): Ueber das nasale Asthma.
Hajek (Wien): Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.
Katzenstein (Berlin): Ueber Phonationscentren.
Killian und von Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.
Kubo (Fukuoka): Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Massei (Napoli): La sifilide ed i tumori maligni della gola.
Moure (Bordeaux): Traitement opératoire des tumeurs malignes des fosses nasales.
Onodi (Budapest): Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.
Sargnon (Lyon): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Schmiegelow (Kopenhagen): Primary malignant disease of the trachea treated by resection of the trachea.
v. Schrötter (Wien): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.
Semon (London): A contribution towards the diagnosis of laryngeol cancer.
Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.
Zwaardemaker (Utrecht), vide Boumann (Amsterdam).

Mittheilungen:

Baumgarten (Budapest): Ueber die Frühformen der Ozaena. — Biehl (Wien): Rhinogene Meningitis. — Bleyer (New York): Deep seated diseases of laryngeal and bronchial nature treated by means of sprays and injections with oily preparations. The method of procedure its simple apparatus and medicaments. — Botey (Barcelone): 1° Les injections de paraffine dans l'ozène. Sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection? 2° Opération radicale du sinus frontal. — Bourack (Charkoff): 1° Les complications après adéno-et tonsillotomies; 2° Contribution à l'étude des réflexes nasaux; 3° Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. Considérations théoriques et pratiques: 130 cas de correction d'ensellures du nez; 4° Polype adénoïdien de tonsille palatine. — Bresgen (Wiesbaden): Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Theil auch als vollwerthiger Ersatz des elektrischen Brenners. — Clerc (Milan): Sulle varietà istopatologiche dei tumori benigni laringei. — Costiniu (Bucarest): 1° Diagnotic de la syphilis tertiaire du nez; 2° Lupus primitif du pharynx et du larynx. — David (Paris): Sur les divers traitements des rhinopharyngites chroniques. — Della-Vedova (Milan): 1° Contributi alla patologia delle stenosi croniche laringee; 2° Osservazioni sullo sviluppo delle cavità nasali nell'uomo. — Escat (Toulouse): 1° Indications de la voie naturelle ou de la voie transfaciale pour l'exstirpation des fibromes naso-pharyngiens; 2° Résultats du traitement des sinusites maxillaires chroniques par la simple trépanation large du méat inférieur sans curettage. — Fein (Wien): Die einfache Fensterresection bei Nasenscheidewandverbiegung. — Flatau (Berlin): Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie. — Freudenthal (New York): Brain abscess of nasal origin. — Goris (Bruxelles): Prosopodischisis. Méthode pour ouvrir tous les sinus de la face en une séance. — Guisez (Paris): Faits de trachéo-broncho-oesophagoscopie. Quinze corps étrangers bronchiques et trente oesophagiens opérés et guéris sans endoscopie. Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage ramenés à un calibre normal par l'oesophagoscopie. — Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Taubstummen. — Hajek (Wien) und Polyák (Budapest): Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis. — Halász (Miskolcz). Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen. — Henkes (Middelburg): Weitere Mittheilungen über die Entwickelung des Cavum naso-pharyngeum. — Heryng (Warschau): Vorschläge zur Verständigung in der Aufstellung einheitlicher Normen für Larynx- und Naseninstrumente und elektrische Apparate. — Hudson-Makuen (Philadelphia):

Paresis of the soft palate and other organs of speech. — Ingals (Chicago): Intranasal drainage of the frontal sinus. — Irsai (Budapest): Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn. — Koenig (Paris): Nouveau spéculum permettant l'évaporation instantanée du chlorure d'éthyle. — Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms. — Ino-Kubo (Japan): Ueber die wahre Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanenpolypen. — Kuttner (Berlin): Thema vorbehalten. — Kyle (Philadelphia): The Chemistry of the Salivary Secretions (Ptyalose-Etiology) in relation to Diseases of the Nose and Throat. — Laurens (Paris): De la turbinotomie. Indications et résultats. — Luc (Paris): Complications craniennes et intracraniennes des suppurations du sinus frontal. — Mader (München): Die Technik der Röntgenbehandlung der oberen Luftwege. — Mahu (Paris): Cure radicale de la sinusité maxillaire chronique par la voie nasale. — Mayer (New York): Stenosis of the larynx cured by intubation. — Morelli (Budapest): 1° Fistula colli congenita bilateralis totalis; 2° Radicaloperation der malignen Tumoren der Nase. — Moure (Bordeaux): Sur quelques cas de lésions laryngées peu communes. — Neubauer (Budapest): Die Kehlkopfspiegelung bei Kindern. — Pollacsek (Budapest): Sujet réservé. — Polyák (Budapest): 1° Ueber Principien der intranasalen Chirurgie; 2° vide Hajek. — Raoult (Paris): 1° Des angines ulcéreuses aiguës; 2° Classification des infections amygdaliennes. — Réthi (Wien): Die Innervation des weichen Gaumens. — Schiffers (Liège): Les tumeurs de l'amygdale. — Sedziak (Varsovie): 1. Die Frage der Radicalbehandlung der Larynxtuberculose in den letzten 50 Jahren; 2. Ueber Recurrenslähmungen. — Seifert (Würzburg): Die trophischen Kehlkopflähmungen. — Steiner (Budapest): Entwickelung der Lehre von der Ozaena. — Taptas (Constantinopel): De la narcose brométhylique dans les opérations des végétations adénoïdes. — Thost (Hamburg): Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen. — Tóvölgyi (Budapest): 1. Die Therapie der Sängerkehlköpfe; 2. Ueber eine neue Operationsmethode bei spina und crista septi und Nasenmuschel-Hypertrophien. — Vohsen (Frankfurt a. M.): Thema vorbehalten. — Watson (Bristol): Models of Osteoplastic method of operation on the frontal sinus. — Zarniko (Hamburg): 1. Correctur von Septumanomalien; 2. Nachbehandlung der Nasenwunden. — Zwillinger (Budapest): Ueber Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung.

Preliminary Programme of the 31st Annual Congress of the American Laryngological Association.

May 31st to June 2nd at Boston, Mass.

Monday, Mai 31st., 10 A. M. Opening of the Congress: President's Address: Papers and Discussions: Executive Session: Adjournments.

Luncheon by the Boston Fellows to the members and their ladies, at the Harvard Medical School.

3 P. M. — Discussion on the Surgery of the Oesophagus with papers by Dr. H. P. Mosher, Dr. C. Jackson and Dr. S. J. Mixter (by invitation) to be followed by general discussion.

In the evening a social entertainment will be provided by the President. Particulars will be announced later.

Tuesday June 1st., 10 A. M. — Executive Session: Papers and Discussion: Adjournment at 1 P. M.

Combined lunch by the Boston members of the Laryngological and Otological Associations, at the Medical School.

Tuesday afternoon will be devoted to a short Session if the requirements of the programme demand or will be devoted to social diversion.

7 P. M. — Annual Dinner of the Association at the University Club. 270 Beacon Street.

Wednesday, June 2nd., 10 A. M. — Closing Session: Joint meeting with the American Otological Association. The following subject will be discussed „Nasal

and Pharyngeal Conditions as factors in the Causation of Aural Disease". Papers will be read by representatives of both organizations. The Laryngological Association will be represented by Dr. C. G. Coakley and Dr. D. Braden Kyle. The scientific session will be followed by conclusion of executive business, election and installation of officers and adjournment.

The Council makes the following nominations:

For Honorary Fellows, (Tranferred from Corresponding Fellowship)

Prof. Dr. B. Fraenkel, Berlin, Germany.

Sir Felix Semon, London, England,

For Active Fellows,

Dr. Albert C. Getchell, Worcester, Mass., proposed by Drs. Goodale and Clark. Thesis, „Naso-Pharyngeal Fibromata".

Dr. Burt R. Shurly, Detroit, Mich., proposed by Drs. Barnhill and de Roaldes. Thesis, „An Investigation of Post-Operative Conditions, five to ten years after Intubation".

Dr. Greenfield Sluder, St. Louis, Mo., proposed by Drs. Leland and Delavan. Thesis, „The Anatomical and Clinical Relations of the Sphenopalatine (or Meckel's) Ganglion to the Nose and its Accessory Sinuses".

The official programme will be issued about May 15th.

James E. Newcomb, Secretary.

Preliminary Programme of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Atlantic City, New Jersey. June 2d—5th 1909.

Oration — The Treatment of Laryngeal Cancer.
Prof. Ottokar Chiari, Vienna, Austria.

Papers.

1. Infection and Complications that may follow operations upon the Naso-Pharynx and accessory sinuses and how best to guard against them. Dr. Wm. L. Ballenger, Chicago, Ill.
2. The present status of adenoid and tonsil operation. Various methods, with complete exhibition of instruments used from the earliest to the present time. Dr. Geo. L. Richards, Fall River, Mass.
3. The pathology and treatment of recurrent Quinsy. Dr. Robert C. Myles New York, N. Y.
4. Experiment upon Guinea Pigs, Rabbits and Dogs, to ascertain the effect of nasal obstruction upon the respiratory tract as well as upon the general system. Dr. Willis S. Anderson, Detroit, Mich.
5. Lantern demonstration of horizontal sections of fifteen heads, reconstruction and drawings showing the relation of the optic nerve to the nasal sinuses. Dr. H. W. Loeb, St. Louis, Mo.
6. Incision for submucous resection. (Candidate's Thesis.) Dr. Sieney Yankauer, New York. N. Y.
7. The Physiology of the Nose and Sinuses, with special reference to the functions und importance of the turbinated bodies. Dr. Henry J. Hartz, Detroit. Mich.
8. Intra-nasal Frontal Sinuses Operation: the accessibility of the sinus and the prognosis of the operation. (Candidate's Thesis.) Dr. Thomas Chew Worthington, Baltimore, Md.
9. The lymphatics of the neck and their relation to diseases of the mouth, nose and throat. Illustrated. Dr. Geo. Fetterolf, Philadelphia, Pa.
10. Lipoma of the Larynx. Dr. Max A. Goldstein, St. Louis, Mo.
11. Thyroidectomy. Dr. George F. Cott, Buffalo, N. Y.

12. (a) Lanryngeal Paralysis as an early indication of systemic disease. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
    (b) Nasal Myo-sarcoma in a child of two years. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
13. Acute Infection of the Larynx, diagnosis and treatment. Dr. F. E. Hopkins, Springfield, Mass.
14. The early diagnosis of malignant disease of the Larynx — Pathologie — Prognosis and Treatment. Dr. W. F. Chappell, New York, N. Y.
15. Laryngostomy. Dr. Chevalier Jackson, Pittsburg, Pa.
16. Diagnosis of diseases of the internal ear with special reference to rarification of the labirinthine capsule. Illustrated. Dr. Norval H. Pierce, Chicago, Ill.
17. The phenomena of vestibular irritation in acute labirinthine disease, with special reference to the studies of Dr. Barany, of Vienna. Dr. P. D. Kerrison, New York, N. Y.
18. Local anaesthesia in the Mastoid Operation. Dr. Ewing W. Day, Pittsburg, Pa.
19. X-Ray examination of the Mastoid Region. (Candidate's Thesis.) Dr. Samuel Iglauer, Cincinnati, Ohio.
20. Intestinal auto-Intoxication as a factor in the causation of pathology condition of the Ear, Nose and Throat. Dr. J. A. Stucky, Lexington, Ky.
21. The abuse tobacco, alcohol, coffee and other stimulants and narcotics and their influence upon the ear and upper Air Passages. Dr. Henry O. Reik, Baltimore, Md.
22. The Physiology and hearing. Prof. E. W. Scripture, New York, N. T. (By invitation.)
23. The Report of a probable case of Sarcoma of the Sphenoid. Dr. Dunbar Roy, Atlanta, Ga.

British Medical Association.

Seventy-Seventh Annual Meeting, Belfast.

July 27th, 28th, 29th, and 30th, 1909.

Section of Laryngology, Otology, and Rhinology.

President . . . St. Clair Thomson, M. D., F.R.C.P., London.
Vice-Presidents . Ernest Blechynden Waggett, M.B., London.
Henry Smurthwaite, M.D., Newcastle-on-Tyne.
J. A. Knowles Renshaw, M.D., Manchester.

Foreign and Colonial visitors well be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet en Wednesday, Thursday and Friday, July 28th, 28th and 30th, at 10 a. m., adjourning at 1 p.m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion: —

Wednesday, July 28th.

Discussion: „The Treatment of Tinnitus Aurium.“ (1) Dr. Thomas Barr (Glas- (2) Mr. Richard Lake (London).

Thursday, July 29th.

Discussion: „Latent Infections of the Diphtheria Bacillus, including the Administrative Measures required for dealing with Contacts“ (in association with the Section of Industrial Diseases and Public Health).
(1) Dr. Robert M. Buchanan (Glasgow): (2) Dr. Duncan Forbes (Brighton); (3) Dr. Watson Williams (Bristol).

Friday, July 30th.

Discussion: „The Treatment of Cicatricial Stenoses of the Larynx and Trachea“.
(1) Dr. Lambert Lack (London); (2) Dr. Delsaux (Bruxelles); (3) Dr. Bryson Delavan (New York).

It is proposed this year to arrange a special exhibition of Skiagraphy in relation to diseases of the upper air and food passages.

Harold Shuttleworth Barwell, M.B., F.R.C.S., 55, Wimpole Street, London.
John Stroddard Barr, M.B., 13, Woodside Place, Glasgow.
Henry Hanna, M.B., B.S.c. 57, University Road, Belfast.
} Hon. Secs.

In order to save time and correspondence, all communications relating to the exhibition of preparations, instruments &c, may be addressed to Dr. Henry Hanna, 57, University Road, Belfast, and all offers relating to papers and discussions to Mr. Harold Barwell, 55, Wimpole Street, London W., and marked „Section of Laryngology, Otology and Laryngology“.

Vor-Einladung zur Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 31. Mai, findet in

Freiburg i. Breisgau

die XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfangs Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 15. April beim Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Denker (Erlangen), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden), Taunusstrasse 4, Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angekündigt:

Herr Avellis (Frankfurt a. M.):
Ein neues Verfahren zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei schwerer Kehlkopftuberculose.

Herr Hinsberg (Breslau):
Zur chirurgischen Behandlung der Perichondritis am Ring- und Schildknorpel.

Herr Edmund Meyer (Berlin):
Thema vorbehalten.

Herr Killian (Freiburg i. Br.):
Thema vorbehalten.

Herr Schönemann (Bern):
Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie: a) der Ozaena, b) der Angina.

Herr Siebenmann (Basel):
Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose (mit mikroskopischen Demonstrationen).

Herr Rudolf Hoffmann (München):
Ueber Alkoholinjectionen des Nervus laryngeus superior.

Herr Winckler (Bremen):
Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterung.

Herr Katz (Kaiserslautern):
Sarkom der Nasenscheidewand (Demonstration).

Herr Brünings und Albrecht:
Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose nebst Bemerzungen über eine verbesserte Methode der Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes.

Herr Brünings:
a) Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperationen (mit Demonstrationen);
b) Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre und des Bronchialbaumes, sowie deren klinische Verwerthung (mit Demonstrationen).

Herr Blumenfeld (Wiesbaden):
Kehlkopfbefund bei Paralysis agitans.

Zur Frage der Zukunft der Laryngologie an den deutschen Hochschulen.

Wir entnehmen den Tageszeitungen eine Nachricht, die nicht verfehlen wird bei allen, denen die Wahrung der Selbstständigkeit der Laryngologie am Herzen liegt, die lebhafteste Genugthuung hervorzurufen. Bei der Berathung des Etats des Kultusministeriums in der Budgetcommission des Preussischen Abgeordnetenhauses ist auch die Frage der Zusammenlegung von Otologie und Laryngologie zu einem Lehrfach zur Sprache gekommen. „Voraussichtlich — heisst es nun in dem Bericht — wird es in Berlin dabei bleiben, dass ein besonderer Professor für Ohren- und einer für Halskrankheiten angestellt wird, während bei kleineren Universitäten beide Fächer in eine Hand gelegt werden können.“

Berichtigung.

In dem April-Heft S. 182 muss es heissen anstatt van Eyken: von Eiken.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Photo by Histed. London W. Meisenbach Riffarth & Co. Berlin.

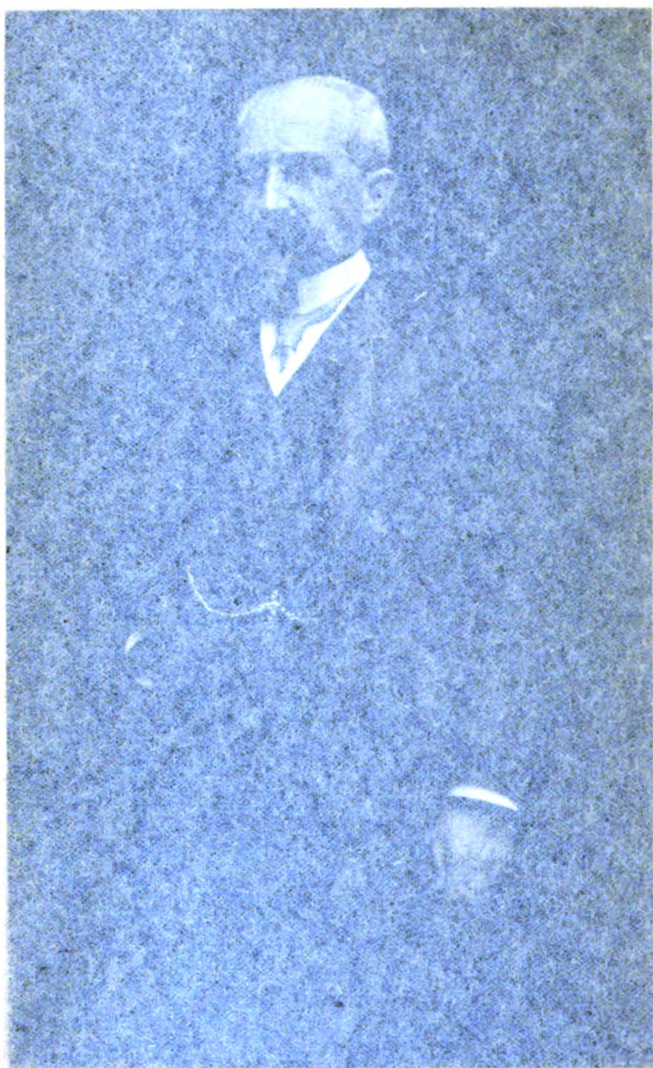
Felix Semon.

Die Verlagsbuchhandlung **August Hirschwald** erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des

Herrn Professor

Dr. Sir Felix Semon

in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.



Felix Semon.

Die Verlagsbuchhandlung **August Hirschwald** *erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des*

Herrn Professor

Dr. **Sir Felix Semon**

in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.



Felix Simon

Die Verlagsbuchhandlung ***August Hirschwald*** *erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des*

Herrn Professor
Dr. Sir Felix Semon

in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juni. 1909. No. 6.

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie.

Ein Gedenkblatt zum 25jährigen Bestehen des Internationalen Centralblatts für Laryngologie und ein Abschiedswort des bisherigen Herausgebers.

Mit der gegenwärtigen Nummer beschliesst das „Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften" das erste Vierteljahrhundert seiner Existenz. Seine erste Nummer erschien am 1. Juli 1884, und obwohl am Ende des elften Jahrgangs der Beginn des zwölften Bandes aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Anfang des Kalenderjahres 1896 verschoben wurde, so dass der Jubiläumsband des Blattes erst mit der Decembernummer dieses Jahres endigt, so ändert das nichts an der Thatsache, dass am 30. dieses Monats das Centralblatt 25 Jahre lang bestanden haben wird.

Fünfundzwanzig Jahre sind eine lange Zeit im Leben eines Blattes und von erheblicher Bedeutung für die Entwickelung einer jungen Wissenschaft. So scheint es denn am heutigen Tage gerechtfertigt, einen Rückblick auf die wissenschaftliche und socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909 zu werfen, die Bestrebungen des Centralblatts während dieser Zeit Revue passiren zu lassen, und die Fragen, die gegenwärtig im Vordergrunde unseres Interesses stehen, kurz zu erörtern. Diesem Zwecke, sowie einem Abschiedsworte des bisherigen Herausgebers sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

I. Die wissenschaftliche Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 seine Thätigkeit begann, hatte unsere Specialität die Kinderschuhe ausgetreten. Die anfängliche Sturm- und Drangperiode, während deren — sehr natürlicherweise — diagnostische und therapeutische Bestrebungen ein ganz vorwiegend localistisches Gepräge getragen hatten, war überwunden, allerdings nicht ohne in der Meinung des ärztlichen Publikums vielfach Geringschätzung unserer Thätigkeit hinterlassen zu haben. Die Specialisten selbst hatten begonnen einzusehen, dass, wenn sie auf bessere Würdigung Anspruch erheben wollten, fast ausschliessliche klinische Arbeit und Localtherapie nicht ausreichten. So vertieften sie sich in anatomische, physiologische, bakteriologische Fragen, die unser Specialgebiet betreffen, erweiterten ihre chirurgische Thätigkeit und begannen besonders, die sogenannten „Grenzgebiete“ zu cultiviren, in denen sich die Laryngorhinologie mit anderen Zweigen der Medicin begegnet.

Diese wissenschaftliche Vertiefung, die durch die Einführung zahlreicher wichtiger Untersuchungs- und Operationsmethoden wesentlich gefördert wurde, kam naturgemäss nicht allen Kapiteln unseres Gebietes gleichmässig zu gute. Es ist im Gegentheil merkwürdig und belehrend, bei der Vergleichung eines vor 25 Jahren geschriebenen mit einem heutigen Lehrbuch zu sehen, wie einzelne Abschnitte unseres Wissens und Könnens sich von Grund aus verändert haben, während andere mehr oder minder stationär geblieben sind. — Wenn wir z. B. die Capitel über die acuten und chronischen Katarrhe des Rachens und Kehlkopfs, über die Affectionen der Tonsillen, über die Rachen- und Kehlkopfsyphilis, die Fremdkörper im Rachen und Kehlkopf, die gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Perichondritis des Kehlkopf u. a. m. überblicken, so werden wir allerdings finden, dass in einzelnen Punkten Bereicherungen unseres Wissens eingetreten sind. So hat die Therapie der Fremdkörper und der gutartigen Neubildungen im Kehlkopf den grössten Nutzen von der Einführung der directen Untersuchungs- und Operationsmethoden gezogen, so scheint die Serodiagnose und die Entdeckung der Spirochaeta pallida bedeutendes für die Differentialdiagnose der Syphilis in zweifelhaften Fällen zu versprechen, so haben wir manches über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforten für Infectionen verschiedener Art kennen gelernt — im Ganzen aber weicht doch die Schilderung der betreffenden Krankheitsbilder in einem Lehrbuch neuestens Datums verhältnissmässig wenig von der eines vor 25 Jahren erschienenen ab.

Andererseits haben sich manche Capitel fast bis zur Unkenntlichkeit verändert. Man braucht nur an die Entwickelung unseres Wissens bezüglich der Tuberculose, der Diphtherie, der acuten septischen Entzündungen

der oberen Luftwege, der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven, der Therapie der bösartigen Kehlkopfneubildungen, die noch 1879 für ein Noli me tangere galten und deren Behandlung heute zu unseren stolzesten Errungenschaften zählt, zu erinnern, um erkennen zu lassen, welche Fortschritte hier in den letzten 25 Jahren gemacht worden sind. —

Von keinem Kapitel unseres Faches gilt dies in höherem Grade als von der gesammten modernen Rhinologie. Man vergleiche nur das gerade vor 25 Jahren erschienene Mackenzie'sche Lehrbuch der Nasenkrankheiten mit irgend einem heutzutage veröffentlichten. So unglaublich dies in den Augen jüngerer Specialisten erscheinen mag, findet sich in ersterem nicht allein kein den Krankheiten der Nebenhöhlen gewidmeter besonderer Abschnitt, sondern dieselben werden überhaupt nur ganz gelegentlich und im Vorübergehen bei Besprechung anderer Krankheiten erwähnt. Von dem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit ist nicht die Rede. Die Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand wird auf einer Seite abgethan, während den „Nasenpolypen“ 27 Seiten gewidmet sind. Die nasalen Reflexneurosen kommen nur ganz beiläufig im Abschnitt über die Polypen der Nase zur Erwähnung. — Und doch durfte Ernst Burow in seiner im ersten Bande dieses Centralblatts erschienenen Besprechung dieses Werkes sein Urtheil mit Recht dahin zusammenfassen (Bd. I. S. 228), dass dasselbe „das beste bis jetzt erschienene Handbuch über diesen Gegenstand bildet, unser Wissen hierüber bis zum gegenwärtigen Moment vollständig repräsentirt, und dass kein Arzt, der sich für das in Rede stehende Gebiet interessirt, dasselbe wird entbehren können“.

Das war im Jahre 1884. — Und heute? — Mit mitleidigem Lächeln muss der Student, der in einem sechswöchentlichen Kursus der Rhinolaryngologie seinen Lehrer submucöse Resectionen und Paraffinprothesen vornehmen gesehen hat; der sich zur Diagnose der verschiedenen Nebenhöhlenaffectionen nicht nur der directen Untersuchung und der Durchleuchtung, sondern auch der Probepunktion und der Skiagraphie bedient; der ohne Zagen ausgedehnte Radicaloperationen bei einer Pansinusitis empfehlen würde, auf den vollständig veralteten und überlebten Standpunkt des vor einem Vierteljahrhundert noch „repräsentativen“ Lehrbuchs herabblicken. — Es darf in der That ohne Uebertreibung gesagt werden, dass sich hier im Laufe der letzten 25 Jahre eine ganz neue Wissenschaft entwickelt hat, auf deren Errungenschaften unsere Specialität mit Recht stolz sein darf.

Freilich hat sich diese Entwickelung nicht in ruhiger organischer Weise vollzogen. Die Geschichte der modernen Rhinologie gleicht vielmehr derjenigen einer neu entstandenen vulkanischen Insel. Unerwartet erheben sich in ihr mit starken Erschütterungen und vielem Getöse grössere

und kleinere Krater, die eine Zeit lang Feuer und Dampf ausspeien und allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Dann aber stürzen dieselben ebenso plötzlich in sich ein, als sie entstanden waren, und erst nachdem dieses Schauspiel sich mehrere Male wiederholt hat und endlich Ruhe eingetreten ist, wagen sich bedächtige Ansiedler auf das gefährliche Gebiet und bebauen erfolgreich die reiche vulkanische Erde. Ist es nicht so mit der Entwickelung der modernen Rhinologie gegangen? — Man denke nur an die masslose Nasenbrennerei, an die unglaublichen Uebertreibungen der Lehre von den nasalen Reflexneurosen, und die ebenso unverständigen Uebertreibungen der Adenoidoperationen, an die maschinenmässigen Entfernungen der unteren Muscheln, wie sie eine Zeit lang in einzelnen Ländern Mode waren, an die zahllosen Operationen zur Entfernung von Hervorragungen uud Verbiegungen der Nasenscheidewand, die — bisweilen unter den sonderbarsten Indicationsstellungen — Jahre hindurch vielfach als höchstes Ziel rhinologischen Strebens galten. — Was ist aus allen diesen Dingen geworden? — Die gegenwärtige Generation gedenkt ihrer als Jugendsünden, deren man sich nicht gerade gern erinnert; die Geschichte der Medicin wird sie als ebenso seltsame und kaum verständliche Verirrungen verzeichnen, wie etwa den periodischen Aderlass oder das monatliche Purgiren, oder das Massencürettement der Cervix uteri, oder — um bei unserer eigenen Specialität zu bleiben — die sinnlose Amputation des Zäpfchens, wie sie vor 40 Jahren für alle möglichen Halskrankheiten geübt wurde. Möge die Erinnerung an diese Uebertreibungen dazu beitragen, unsere Specialität vor ähnlichen Ausschreitungen für die Zukunft zu bewahren! —

Sehr bedeutsam ist unsere Kenntniss von der Function und von den chirurgischer Behandlung zugänglichen Erkrankungen der Schilddrüse im Laufe der letzten 25 Jahre bereichert worden. An die aus dem laryngologischen Lager hervorgegangene Erkenntniss, dass der sporadische und endemische Kretinismus, das Myxödem und die Cachexia strumipriva nur verschiedene Phasen eines und desselben Zustandes seien, der auf den Verlust der Function der Schilddrüse zurückgeführt werden müsse, hat sich die Entwickelung der modernen Organotherapie angeschlossen. — Die vor 25 Jahren noch als sehr gefährlich betrachteten Kropfoperationen haben in Folge der Fortschritte der Technik das meiste von ihren Schrecknissen verloren, und die Basedow'sche Krankheit hat sich neuerdings als dankbares Objekt für chirurgisches Eingreifen erwiesen, während die früher allgemein angewandte Injection von Jodtinctur in parenchymatöse und von reizenden Eisenlösungen in cystische Kröpfe fast ganz verlassen ist.

Die Lehre von den Krankheiten der Speiseröhre ist durch die Ermöglichung directer Besichtigung des Rohres in seiner ganzen Länge ungemein

gefördert worden. — Einen wichtigen Fortschritt stellt auch die Radicaloperation mancher Formen von Oesophagusdivertikeln dar.

Fügen wir endlich noch hinzu, dass im Laufe der letzten 25 Jahre durch die Einführung der localen Anaesthetica, wie des Cocains, Eucains, Alypins etc., und durch die auf unserem Gebiete ganz besonders werthvolle Verwendung des Adrenalins zur Ausführung fast blutloser Operationen, durch die Verwerthung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der verschiedensten Erkrankungen des Kopfes, Halses und der Brust, durch die therapeutische Anwendung derselben Strahlen, des Finsen- und des Sonnenlichts bei lupösen und ähnlichen Leiden, und — vor allem — durch die geniale Erfindung der directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Luftröhre, die Bronchien und die Speiseröhre uns Erleichterungen von unschätzbarem Werthe für die Diagnose und Behandlung der in unser Gebiet einschlagenden Leiden bescheert worden sind, so dürfen wir mit Recht sagen, dass das seit der Gründung des internationalen Centralblatts verflossene Vierteljahrhundert eine Periode stetigen und erfreulichsten Fortschritts im Wissen und Können der Rhinolaryngologie darstellt.

II. Die socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Wenn in dieser Welt Alles nach Recht und Gebühr zuginge, so müsste die socialpolitische Entwickelung unserer Specialität mit ihrer wissenschaftlichen gleichen Schritt gehalten haben. Nicht nur die im Obigen in gedrängter Kürze aufgezählten Fortschritte, sondern auch die ernste wissenschaftliche Natur ihres Strebens, ihre erfolgreichen Bemühungen, sich der allgemeinen Medizin nützlich zu erweisen und die Sonderart ihrer Technik berechtigen sie durchaus zu dem Anspruch auf Anerkennung als eine selbstständige, anderen anerkannten Specialitäten völlig gleichberechtigte Sonderabtheilung der medicinischen Wissenschaft.

So wenig aber haben sich leider Theorie und Praxis in dieser Frage gedeckt, dass die socialpolitische Geschichte der Rinolaryngologie im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts statt des eigentlich selbstverständlichen bedeutenden ruhigen Fortschrittes, den man hätte erwarten dürfen, vielmehr eine sonderbar bewegte Odyssee darstellt, die freilich erhebende und sogar glorreiche Augenblicke enthält, wie die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, die Feier zum hundertjährigen Geburtstag Manuel Garcia's, die Türck-Czermakfeier in Verbindung mit dem Wiener internationalen Laryngologencongress, in der aber doch die trübseligen Abenteuer überwiegen, und deren Ende im gegenwärtigen Augenblick noch nicht abzusehen ist.

Das erste öffentliche Auftreten der Laryngologie im Rahmen eines

allgemeinen internationalen medicinischen Congresses — London 1881 — war ein so vielversprechendes gewesen, dass es derzeit nicht zu sanguin erschien, sich den besten Hoffnungen hinsichtlich einer Hebung des Ansehens und der Stellung der jungen Specialität innerhalb der Gesammtmedicin, an den Universitäten, den Hospitälern, im Unterricht und in den Prüfungen hinzugeben. Diese Hoffnungen sind jedoch im Laufe der letzten 25 Jahre nur sehr theilweise und mehr auf Grund localer und persönlicher Verhältnisse, als auf der Basis einer gerechten allgemeinen Würdigung der Leistungen unseres Faches in Erfüllung gegangen.

Schon der nächste internationale Congress — der mit der Gründung des Centralblatts fast zusammenfallende Kopenhagener im Jahre 1884 — brachte einen ganz unerwarteten Kampf um die Selbstständigkeit der Laryngologie. Sie ging zwar siegreich aus demselben hervor; das verhinderte aber nicht, dass seitdem mit nur zwei Ausnahmen — Berlin 1890 und Budapest 1909 — sich bei jedem dieser internationalen Congresse die Versuche erneuert haben, unsere Specialität entweder, gegen den Willen der Betroffenen, mit der Otologie zu einer Section zu verschmelzen, oder sie — sei es allein, sei es mit der Otologie vereint — in die Stellung einer Subsection hinabzudrücken. Die 25 Bände des Centralblatts bilden einen fortlaufenden Belag für diese traurige Angabe, bei der nur ein Lichtstrahl zu constatiren ist: das entschlossene Zusammenstehen und Ausharren der Laryngologen selbst gegenüber diesen demüthigenden Bestrebungen, eine Haltung, die ihre Wirkung nie verfehlt hat, sei es, dass wir wie in den weitaus meisten Fällen schliesslich siegten, sei es, dass wir uns von den Congressen, die sich unseren gerechten Forderungen eigensinnig widersetzten, gänzlich fernhielten.

Die Gründe der in dieser Haltung der Machthaber dokumentirten Abneigung gegen die Rhino-Laryngologie sind mannigfach und innerlich verschiedene gewesen.

Zunächst ist es wohl die geringe Gunst, die von den officiellen Vertretern der Gesammtmedicin dem Specialismus im Allgemeinen entgegengebracht wird, und die ihren Schlachtruf in der Warnung vor der „Zersplitterung der Wissenschaft“ findet, welche diese unfreundliche Haltung veranlasst hat.

Sodann hat der bedauerliche Mangel an Continuität, der die internationalen medicinischen Congresse von ihrer Einführung an bis auf den gegenwärtigen Augenblick charakterisirt hat, und dem hoffentlich endlich in diesem Jahre — wahrlich nicht zu früh — in Budapest der Garaus gemacht werden wird, dazu geführt, dass die derzeitigen kleinen Tyrannen, die die Macht in Händen hatten und durch keine Traditionen oder allgemeinen Grundregeln hinsichtlich der Organisation dieser Congresse gebunden

waren, aus ausschliesslich localen oder persönlichen Gründen mit schrankenloser Willkür alte Sectionen abschaffen, neue einführen, volle Sectionen in die Stellung von Subsectionen hinabdrücken, heterogene Specialitäten in eine und dieselbe Section oder Subsection verschmelzen konnten.

Was aber der Laryngologie in ihrer Stellung zur Gesammtmedicin weit mehr geschadet hat, als die genannten, rein äusserlichen Momente, ist ihr ebenso natürliches und nothwendiges, wie bis zu einem gewissen Punkte durchaus berechtigtes Bestreben gewesen, den Umfang ihrer Thätigkeit weiter auszudehnen.

Wir kommen hier zu der wichtigsten und complicirtesten Frage der Entwickelung der Laryngologie auf socialpolitischem nicht weniger als auf wissenschaftlichem Gebiete und müssen auf dieselbe des Näheren eingehen.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 begründet wurde, war die Gesammtzahl der Laryngologen in der ganzen Welt noch eine verhältnissmässig so geringe, dass die im Prospect des Unternehmens ausgedrückten Zweifel an der Lebensfähigkeit eines solchen Blattes (vergl. Bd. I, S. 4) durchaus berechtigt waren. Die therapeutische Thätigkeit der Rhinolaryngologen jener Tage beschränkte sich auf innere Medication, locale Application (Sprays, Inhalation, Pulvereinblasungeu, Pinselungen etc.) und Eingriffe, die fast ausschliesslich dem Gebiete der „kleinen“ Chirurgie angehörten. Die Entfernung von vergrösserten Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Amputationen der Uvula, Anwendung des Galvanocauters in Hals und Nase, Entfernung von Nasen- und Kehlkopfpolypen, Dilatation von Kehlkopfstenosen, wenn es hoch kam: eine gelegentliche Tracheotomie — das waren die Dinge, auf welche sich die Operationskunst der Specialisten vor einem Vierteljahrhundert erstreckte.

Die enge Begrenzung unserer Thätigkeit zog die unverhohlene Geringschätzung seitens der allgemeinen Aerzte nach sich. Nur drei Jahre vor der Gründung des Centralblattes durfte einer der angesehensten Aerzte Englands und späterer Präsident des College of Physicians noch wagen, in einer Ansprache über Specialismus in der Medicin seinen Studenten öffentlich[1]) zu sagen: „Es giebt noch viele andere Punkte, über die ich gerne zu Ihnen gesprochen hätte, so über die Specialitäten, welche einen so engen Umfang haben, dass es ganz unmöglich für jemanden ist, der sich auf sie beschränkt, anders ein Einkommen aus ihnen zu machen, als dass er seine Patienten überredet, ihm unnöthige Visiten zu machen, wie z. B. zum Zweck täglicher Applicationen im Halse . . . . . . Aber was ich gesagt habe, wird hoffentlich genügen, Sie vor diesen Versuchen, diesen groben Missgriffen, die schlimmer sind als Verbrechen, zu bewahren.“

1) The Lancet, October 15, 1881. p. 655 et seq.

Hier sagte jemand öffentlich, was viele, wenn nicht die meisten, damals dachten. Dass diese Stimmung nicht auf ein einzelnes Land beschränkt war, dafür legen die aus berufenen specialistischen Federn stammenden Schilderungen über die Stellung der Laryngologie in den einzelnen Culturländern Zeugniss ab, mit denen das Centralblatt seine socialpolitische Thätigkeit eröffnete. Wie schwer es damals war, für die Laryngologen irgend welche Stellung im Rathe der Gesammtmedicin zu erringen, — davon kann sich die jüngere Generation der Specialisten kaum eine Vorstellung machen! —

Um die Mitte der achtziger Jahre begann unerwarteter Weise ein Umschwung in den Verhältnissen der Laryngologie. Waren es die äusseren Erfolge der laryngologischen Abtheilungen auf den Londoner und Kopenhagener internationalen Congressen und die sich an dieselben anschliessende, wenn auch zögernde und stückweise öffentliche Anerkennung der Berechtigung der Specialität, war es die allgemeine Aufmerksamkeit, welche die Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation, über die nasalen Reflexneurosen, über die Affectionen der Nebenhöhlen der Nase damals zu erregen begannen, war es die immer mehr zunehmende Ueberfüllung des ärztlichen Standes allerorten, war es ein Zusammenwirken aller dieser und möglicher Weise anderer Umstände — genug, es erfolgte plötzlich ein gewaltiger Zudrang zu den Reihen der bis dahin von angehenden Specialisten ziemlich vernachlässigten Rhinolaryngologie. Nicht nur in den Hauptstädten etablirte sich eine über das Bedürfniss weit hinausgehende Anzahl von Nasen- und Kehlkopfärzten: bald hatten die grösseren Provinzialstädte und selbst kleinere Mittelstädte eine grössere oder geringere Zahl von Specialisten in unserem Fache aufzuweisen. In erstaunlich kurzer Zeit war fast überall Ueberfüllung vorhanden, ein Verhältniss, das noch gegenwärtig allerorts zunimmt.

Das Ergebniss der aus dieser Ueberfüllung erwachsenden Concurrenz mochte für das Publicum in gewissem Sinne erspriesslich sein, für die Specialisten selbst war es jedenfalls wirthschaftlich unerfreulich. Wie bei jeder Concurrenz drückten auch hier die neuen Ankömmlinge die Preise herunter. Früher gut bezahlte Operationen wurden für viel geringere Honorare übernommen; Berufungen in die Provinz, die vordem zu den grossen Einnahmen der hauptstädtischen Specialisten gehört hatten, wurden in dem Maasse seltener, als sich in den Mittelstädten tüchtige Hals- und Nasenärzte niederliessen; selbst die Consultationshonorare der jüngeren Specialisten wurden leider nur zu häufig durch die Concurrenznoth auf ein dem speciellen Wissen nicht entsprechendes Maass hinabgedrückt.

Hierzu kam ein weiterer, für die wirtschaftliche Lage der Laryngologen äusserst wesentlicher Umstand. Die Specialisten selbst haben stets

auf eine bessere Ausbildung der practischen Aerzte im Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten gedrungen. Das war gewiss nur recht. Aber wir selbst haben theuer für die Verfechtung unserer wissenschaftlichen Ueberzeugung zu bezahlen gehabt: in dem Maasse, in dem sich das Wissen und Können der practischen Aerzte auf unserem Gebiete verbessert hat, ist eine Anzahl derjenigen kleineren Operationen, die früher sozusagen das tägliche Brod des Laryngologen ausmachten, in den Besitz des Hausarztes übergegangen! — Der ältere Specialist, der heute seine Journale aus dem Anfang der achtziger Jahre durchblättert, wird einen erstaunlichen Unterschied in der ganzen Natur seiner damaligen und seiner gegenwärtigen Praxis finden, eine Unterschied, der ebenso den in vielen Beziehungen revolutionären Fortschritt unseres Wissens, wie die wirthschaftliche Revolution illustrirt, die sich auf unserem Gebiete im Laufe der letzten 25 Jahre vollzogen hat.

Die unausbleibliche Folge von alledem war, dass sich die jüngeren Specialisten nach einer Erweiterung ihres Wirkungskreises umsehen mussten. Beschränkten sie sich auf Hals- und Nasenleiden, so konnten sie weder von den Erträgnissen ihrer Praxis leben, noch fanden sie, bei der immer mehr anschwellenden Zahl privater Polikliniken, Material für wissenschaftliche Thätigkeit. Mit bitterer Satire hiess es in dem zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft herausgegebenen Scherzblatt, dass „für die 200. Poliklinik ein Patient gesucht wird.“

Man musste offenbar das Arbeitsfeld zu vergrössern versuchen. Das Nächstliegende waren die Ohrenkrankheiten. Im Anfang der achtziger Jahre standen beide Specialitäten, wie hier nachdrücklich hervorgehoben werden muss, durchaus unter dem Zeichen der adenoiden Vegetationen. Die Methode der Untersuchung, die Diagnose und die Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes, so ziemlich des einzigen natürlichen wissenschaftlichen Bindegliedes zwischen Laryngologie und Otologie waren beiden Specialitäten gemeinsam, ausserdem begann gerade damals die hyperrhinologische Richtung, derzufolge beinahe alle Krankheiten sowohl des Ohres wie der tieferen Luftwege von Stenose der Nase selbst abhängen sollten, mit lautem Lärm ihr Haupt zu erheben. Was war natürlicher, als dass die jungen Mitglieder beider Specialitäten — denn die wirthschaftlichen Verhältnisse der Otologie lagen anscheinend ähnlich wie die der Laryngologie — die Betreibung derselben zu verschmelzen begannen, dass allmählich mehr und mehr Zeitschriften entstanden, die beiden Specialwissenschaften gewidmet waren, dass neue Specialgesellschaften, die seit 1885 in immer grösserer Anzahl gegründet wurden, sich der Pflege der Rhino-Laryngologie gemeinsam mit derjenigen der

Otologie befleissigten? — So bahnte sich, auf der Grundlage vorwiegend **wirthschaftlicher, nicht zwingender wissenschaftlichen** Nothwendigkeit mit bemerkenswerther Schnelligkeit die Verschmelzung der Rhinolaryngologie mit der Otologie in der Praxis der Mehrzahl der Specialisten beider Fächer an, welche für die socialpolitische Entwicklung unserer Specialität während des letzten Vierteljahrhunderts charakteristisch und bedeutsam gewesen ist, und welche in neuester Zeit die Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialwissenschaft bedroht.

Dass die vorstehende Schilderung allseitig als richtig, resp. vollständig anerkannt werden wird, ist nicht zu erwarten. Eine Anzahl der Anhänger der Verschmelzung beider Specialitäten ist nicht zufrieden mit der Erklärung, dass der Ursprung der Bewegung ganz vorwiegend wirthschaftlicher Natur gewesen sei, und behauptet, dass die Fusion auch wissenschaftlich geboten sei. Ein Beweis für diese Behauptung ist aber niemals erbracht worden und kann auch naturgemäss nicht erbracht werden, da die Erfahrung von vollen fünfzig Jahren über allen Zweifel hinaus gezeigt hat, dass ein so zwingender innerer Zusammenhang zwischen den beiden Specialitäten nicht besteht, dass die eine derselben ohne gleichzeitige Betreibung der anderen nicht ausgeübt werden kann.

Dass **Berührungspunkte** zwischen den beiden Specialitäten existiren, kann von keinem vernünftigen Menschen bestritten werden, und ist natürlich auch nie bestritten worden. So ist die Methode der Untersuchung von Ohr und Hals in vielen Beziehungen ähnlich und deckt sich bei den Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums; so controllirt das Ohr die Stimmbildung; so sind die adenoiden Vegetationen und einige andere Krankheiten des Nasenrachenraums ebenso wichtig für den Otologen wie für den Laryngologen. Damit hört aber die Wechselbeziehung auf, und wenn die Existenz solcher vereinzelter Berührungspunkte zum Ausgangspunkt der Forderung gemacht wird, dass auf Grund derselben die beiden Specialitäten zusammengehörten und völlig mit einander verschmolzen werden müssten, so gelangt man, wie im Weiteren gezeigt werden wird, zu den abenteuerlichsten und ungeheuerlichsten Consequenzen, die in ihrer schliesslichen Verfolgung dem Specialismus in der Medicin überhaupt ein Ende machen würden!

Solange sich die Bewegung indessen in den bisher geschilderten Grenzen hielt, war gegen dieselbe natürlich nicht das Geringste einzuwenden. In Fragen so rein wirthschaftlicher Natur wie der vorliegenden muss selbstverständlich dem einzelnen vollständig überlassen bleiben, was er für das

Richtige für sich selbst hält. Wenn also ein angehender Specialist es für zweckmässig findet, in seiner Praxis Hals- und Ohrenkrankheiten zu verbinden; wenn eine Anzahl von Collegen, die in gleicher Lage sind, sich zur Gründung einer Gesellschaft zusammenthut, die der Pflege beider Specialitäten gewidmet ist; wenn ein Specialjournal es für zweckmässig hält, den Bedürfnissen beider Specialitäten zu dienen — so ist das Privatsache der Betreffenden, und es wäre im höchsten Grade unpassend für jemanden, der diese Bewegung für eine unzweckmässige hält, sich in diese Privatangelegenheiten einzumischen.

Weit bedenklicher wurde die Sache aber schon, als Angehörige der neuen Richtung das, was ihnen selbst wünschenswerth erschien, auch denen aufzuzwingen versuchten, die mit ihnen nicht einverstanden waren. Nicht zufrieden damit, bei denjenigen allgemeinen Zusammenkünften, bei denen der Laryngologie und der Otologie separate Sectionen eingeräumt werden, die Auswahl zu haben, welchen Diskussionen sie beiwohnen wollen, verlangen sie, dass die beiden Sectionen mit einander verschmolzen werden, denn „wenn ich zu einem Congresse gehe, will ich alles geniessen, was dort dargeboten wird!" So lautet der Schlachtruf und unverhüllter kann sich der Egoismus wohl kaum geben. — Bisher hat freilich die verständigere Richtung, welche einsieht, dass durch die Erfüllung dieses Verlangens das schon jetzt erfahrungsgemäss stets überfüllte Programm jeder der beiden Sectionen weiterhin auf die Hälfte beschränkt würde, die Oberhand behalten; wie lange das aber anhalten wird, bleibt abzuwarten.

Eine noch schwerere Gefahr ist der Laryngologie im Laufe der letzten Jahre durch die Forderung erwachsen, sie mit der Otologie als academisches Lehrfach zu verschmelzen. Diese Forderung wird speciell von otologischer Seite mit grossem Eifer verfochten, und würde, wenn durchgeführt, der Selbstständigkeit der Laryngologie als einer in sich begründeten und existenzberechtigten Specialität um so wahrscheinlicher ein Ende bereiten, als die practische Erfahrung des letzten Vierteljahrhunderts uns einmal nach dem anderen — worüber in diesem Blatte wiederholt bittere Klage geführt worden ist — den Beweis ad oculos geliefert hat, dass, wenn immer an einer Universität oder ähnlichen Lehranstalt aus localen Gründen eine combinirte Klinik oder Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet worden ist, fast ausnahmslos ein Otologe mit der Leitung des neuen Instituts beauftragt worden und die Laryngologie zu kurz gekommen ist.

Ueberhaupt erinnert diese ganze „Vereinigungs"bewegung an nichts so sehr als an den englischen Kinderstubenreim:]

„There was a young lady of Djaigar
Who went for a ride on a tiger.
They returned from the ride,
But the lady inside,
And a smile on the face of the tiger.“[1])

Die Herren Otologen lieben plötzlich die Laryngologie „zum Auffressen“, und die Plötzlichkeit dieses heissen Liebeswerbens ist um so auffallender, als die ungestümen Freier volle fünfzig — sage fünfzig! — Jahre Zeit gehabt haben, die Vorzüge der Erkorenen zu studiren, ohne dass es ihnen bis auf die allerletzte Zeit eingefallen wäre, sie begehrenswerth zu finden! — Im Gegentheil haben sie der jüngeren Genossin gegenüber mehr als einmal eine unverhüllte Abneigung an den Tag gelegt, und sie nicht selten mit einem ebenso unverständlichen wie bedauerlichen Hochmuth behandelt.

Alles dies sind nicht Behauptungen, sondern historisch festgelegte Thatsachen.

Völlig unabhändig von der Otologie ist die Laryngologie entstanden; bei ihrem anfänglichen Ausbau hat nur ein einziger, bekannter Otologe, der bei dieser Diskussion immer wieder genannte Voltolini, nennenswerth mitgeholfen; im Uebrigen haben sich diejenigen Männer, welche die moderne Otologie geschaffen haben, v. Troeltsch, Politzer, Gruber, Schwartze, Bezold, Hinton, Toynbee, Wilde u. s. w., von der Laryngologie durchaus ferngehalten. — Innerhalb der 50 Jahre ihres Bestehens hat die Laryngologie von otologischer Seite nur eine einzige, wirklich werthvolle Gabe erhalten: dies ist die Entdeckung der adenoiden Vegetationen seitens Wilhelm Meyer's, und für diese Gabe haben sich die Laryngologen mindestens ebenso dankbar bewiesen, wie die engeren Berufsgenossen des Entdeckers. — Im Uebrigen hat die Otologie ebensowenig befruchtend auf die Laryngologie eingewirkt, wie letztere auf erstere. Was ganz kürzlich von Paul Heymann gesagt worden ist: dass, wenn man in einem der sowohl den Hals- wie den Ohrenkrankheiten gewidmeten Lehrbücher den dem otologischen Abschnitt gewidmeten Theil von dem laryngologischen mit einem Messer abtrennen würde, der Leser des einen Theils den anderen kaum vermissen würde — ist durchaus wahr! — Als es sich bei Gelegenheit des Londoner internationalen Congresses darum handelte, der Laryngologie in irgend einer Form zum ersten Male eine Anerkennung zu verschaffen und bei der durch persönliche Verhältnisse geschaffenen Unmöglichkeit, ihr eine separate Section zu erringen, von laryngologischer Seite

1) Zu deutsch: „Eine junge Dame in Djaigar ritt auf einem Tiger spaziren. Beide kehrten von dem Ritt zurück, aber die Dame im Inneren des Tigers, und ein Lächeln auf dem Gesicht desselben.“

die Concession gemacht wurde, dass man vorläufig mit einer gemeinsamen oto-laryngologischen Section unter dem Präsidium eines Otiaters zufrieden sein wolle, wurde dieser Vorschlag von den Otologen rundweg abgeschlagen, weil sie nichts mit den Laryngologen zu thun haben wollten! — Als bei dem Kopenhagener Congresse zwei gemeinsame Sitzungen der beiden Sectionen zu Stande gebracht worden waren, um über anscheinend beide interessirende Themata, wie die Tonsillotomie, den chronischen Nasenrachenkatarrh, die nasalen Reflexneurosen, gemeinsam zu diskutiren, nahmen die Ohrenärzte an den Verhandlungen keinen activen Theil und zogen sich schliesslich in der Mitte der Diskussion über die nasalen Reflexneurosen zurück, weil sie ein ihnen wichtigeres Thema zu besprechen hatten! — Als die Otologen vor einer noch gar nicht langen Reihe von Jahren ihre periodischen internationalen Congresse begründeten, fiel es ihnen gar nicht ein, die Laryngologie in ihre Thätigkeit mit einschliessen zu wollen, resp. die Laryngologen zur Theilnahme an diesen Congressen einzuladen! — Woher denn jetzt die plötzliche Liebe, beziehungsweise die Entdeckung, dass die beiden Specialitäten eigentlich zusammengehörten?

Es soll bereitwillig zugegeben werden, dass die vorstehenden historischen Reminiscenzen werthlos sein würden, wenn es gelänge nachzuweisen, dass die beiden Specialitäten, wenn auch zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenen Grundlagen entstanden und anfänglich verschiedenen Zielen nachstrebend, im Laufe ihrer Thätigkeit wissenschaftlich einander immer näher geführt worden wären und schliesslich gefunden hätten, dass sie naturgemäss zusammengehörten. Aber gerade dieser Behauptung muss auf das Entschiedenste widersprochen werden. Weit entfernt, in eine und dieselbe Linie überzugehen, oder auch nur in parallelen Bahnen zu verlaufen, sind im Gegentheil die Bestrebungen beider Specialitäten in moderner Zeit immer divergenter geworden. Die zeitgenössische Otiatrie vertieft sich immer mehr in das Gebiet der Hirnchirurgie,[1]) die Laryngologie unserer Tage strebt auf der Basis der glänzenden Killian'schen Errungenschaften abwärts, und zieht legitimerweise die Krankheiten der Bronchien und der Speiseröhre in ihr Bereich!

Dieses wissenschaftliche Auseinandergehen ist so augenscheinlich und so unbestreitbar, dass von den Vorkämpfern der Verschmelzung denn auch kaum der Versuch gemacht wird, ihr Project auf Grundlage pathologischer Zusammengehörigkeit der beiden in Frage stehenden Gebiete

---

1) Dass in äusserst seltenen Fällen auch Abscesse der Nebenhöhlen der Nase zu Gehirncomplicationen führen können, wird wohl selbst von Anhängern der Fusion nicht als Beweis für die Zusammengehörigkeit der Otologie und Laryngologie ins Feld geführt werden. Im Uebrigen wird bezüglich der Behandlung solcher Complicationen auf die folgenden Ausführungen verwiesen.

zu befürworten. Giebt doch einer derselben noch ganz kürzlich unumwunden zu, dass „directe Wechselbeziehungen“ zwischen Ohren- und Halskrankheiten — auf die es, wie Paul Heymann sehr richtig sagt, doch hier in erster Linie, vielleicht sogar allein ankommt — „verhältnismässig selten“ seien.

Demgemäss treten denn auch unter den Gründen, die für die vorgeschlagene „Vereinigung“ geltend gemacht werden, die wirklich wissenschaftlichen ganz in den Hintergrund gegenüber den reinen Opportunitätsargumenten. Letztere sind bereits so eingehend und überzeugend von B. Fränkel, O. Chiari, Paul Heymann, Bloch, Lucae u. A. widerlegt worden, dass wir es uns versagen können, an dieser Stelle noch einmal auf jedes einzelne derselben einzugehen. Nur eines, das unzweifelhaft wichtigste derselben, müssen wir herausgreifen, um an der Hand der Erörterung desselben zu untersuchen, was das Resultat sein würde, wenn die so lebhaft ersehnte Fusion wirklich zu Stande käme. Es wird behauptet, dass sich die angehenden Specialisten beider Gebiete die erforderlichen Kenntnisse besser auf einer vereinigten Klinik erwerben könnten, und dass der Unterricht der Studenten vereinfacht werden würde. Das sind zwei sehr anfechtbare Behauptungen. Wie Bloch sehr richtig auseinandersetzt, und wie die bisher gewonnene Erfahrung thatsächlich gezeigt hat, wird der Leiter einer combinirten Anstalt „je nach Talent und Neigung doch immer eines der beiden Fächer bevorzugen“, und, wie wir hinzufügen möchten: die Neigung des Leiters wird dem ganzen Institut seinen Stempel aufdrücken! — Hier aber liegt der Schwerpunkt der ganzen Frage! — Unter den vielen tausenden der gegenwärtigen Laryngologen und Otologen giebt es, das dürfen wir kühnlich behaupten, nicht zehn, die einspruchslos von den Angehörigen der beiden Specialitäten als Meister in beiden Fächern anerkannt, nicht hundert, die von beiden Seiten zu den hervorragenderen Autoritäten in beiden Gebieten gerechnet werden. Ein beträchtlicher Bruchtheil der Uebrigbleibenden mag wohl landläufiges Wesen und Können genug in beiden Fächern besitzen, um den Anforderungen des Lehramtes und der Leitung einer combinirten Klinik leidlich nachkommen zu können und keines der beiden Fächer ungebührlich hinter dem anderen zurücktreten zu lassen. Eine sehr bedeutende Fraction aber, wahrscheinlich die Majorität der gesammten Zahl, betreibt nur eines der beiden Fächer mit wirklicher Vorliebe und fachmännischer Kenntniss, das andere mehr oder minder dilettantenmässig, und nur, weil es die Anforderungen des Berufes mit sich bringen, während wiederum ein beträchtlicher Bruchtheil, der die grosse Majorität der wissenschaftlichen Führer auf beiden Gebieten in sich birgt, nur eines der beiden Fächer cultivirt, und ganz und gar nicht beansprucht, in dem anderen als Autorität zu gelten.

Nun können wir uns, wie schon erwähnt, nach den immer wiederholten bitteren Erfahrungen der letzten 25 Jahre keinen Illusionen darüber hingeben, was das Schicksal der Laryngologie wäre, wenn die „Vereinigung“ zur Thatsache würde. — Ein Mal nach dem anderen ist im Verlaufe dieser Jahre, wenn eine neue gemischte Klinik oder Poliklinik gegründet, ein Lehrauftrag für beide Fächer ertheilt wurde, die Wahl auf Herren entfallen, die bis dahin, was immer ihre otologische Befähigung sein mochte, laryngologisch völlig oder nahezu unbekannt waren, während die Hülle und Fülle ausgezeichneter Laryngologen, welche die betreffende Stellung vom laryngologischen Standpukt aus vorzüglich ausgefüllt haben würden, die aber otologisch nicht hervorgetreten waren, leer ausgegangen ist.

Unschwer lässt sich voraussehen, dass, wenn dies so weitergeht, wie bei der gegenwärtigen Strömung nur zu wahrscheinlich ist, der zum Leiter eines gemischten Instituts berufene Otologe, der seine Beförderung seinen otologischen Leistungen verdankt, auch in der neuen Stellung mit Vorliebe sein eigenes Feld cultiviren, und seine laryngologischen Obliegenheiten, wenn auch pflichtgemäss, doch ohne besonderen Enthusiasmus erfüllen wird. Das ist nur menschlich und begreiflich. Der Standpunkt des Leiters aber geht naturgemäss auf das ganze Institut über. Die Otologie wird die Hauptsache, die Laryngologie das Nebenfeld. Der angehende Specialist merkt schnell genug, dass, wenn er vorwärts kommen will, bei der herrschenden Strömung otologische, nicht laryngologische Leistungen erforderlich sind; derjenige, welcher sich speciell für laryngologische Fragen interessirt, findet nicht die geringste officielle Ermuthigung. So wird allmählich nicht nur die gegenwärtige blühende Entwickelung der Laryngologie gehemmt werden, sondern sie wird zu einem blossen Anhängsel der Otologie herabsinken. Ausnahmen mögen ja vorkommen, im Allgemeinen aber wird man die vorstehende Schilderung von der voraussichtlichen Entwickelung der Dinge, wenn die beabsichtigte officielle Vereinigung zur Wirklichkeit werden sollte, nicht der Uebertreibung zeihen können.

Und aus diesem Grunde werden diejenigen, die der Laryngologie ihre ungestörte Entwickelung zu wahren wünschen, ihr Möglichstes aufbieten, ihr ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Mittel und Wege dazu werden im letzten Theil dieses Aufsatzes besprochen werden. Hier sei nur noch ausdrücklich hervorgehoben, dass es in der Geschichte der Medicin wohl einzig dasteht, dass eine Specialität, die unter fortwährenden harten Kämpfen sich ihr Bürgerrecht errungen, die soviel für die Erkenntniss und Behandlung der ihr unterstehenden Leiden geleistet, und die so befruchtend auf die Entwickelung der allgemeinen Wissenschaft gewirkt hat, wie die unsere, nach f ü n f z i g j ä h r i g e r E x i s t e n z in der Weise vergewaltigt und

ihrer Selbstständigkeit beraubt werden soll, wie dies jetzt mit der Laryngologie beabsichtigt wird!

Aber der Laryngologie, wie **wir** sie verstehen, droht eine noch grössere Gefahr als die soeben besprochene, eine Gefahr, die ihr aus ihrem Inneren erwachsen ist. Dies ist das sich in jüngster Zeit immer mehr geltend machende Bestreben, ihre natürlichen Grenzen dermaassen zu erweitern, dass der alte Begriff der Laryngologie darüber vollständig verloren geht, ja dass sie eigentlich aufhört, überhaupt noch eine Specialität darzustellen. Die geforderte Verschmelzung mit der Otologie ist unseres Erachtens nur ein erster Schritt auf diesem abschüssigen Pfade.

Die Genesis der ganzen Bestrebung, dessen Bedeutung bisher leider von den Wenigsten richtig gewürdigt wird, ist eine sehr natürliche, und dürfte hauptsächlich auf drei Umstände zurückzuführen sein: 1. Dieselbe wirthschaftliche Bedrängniss, die zu der Vereinigung mit der Otologie in der Praxis der jüngeren Specialisten geführt hat; 2. die an sich äusserst lobenswerthe Beschäftigung mit den sogenannten „Grenzgebieten"; 3. der ebenso rühmliche und leicht begreifliche Drang, den allgemeinen Aerzten und Chirurgen, die sich über die „Kleinheit" unserer Thätigkeit lustig machen, zu beweisen, dass wir auch grösserer Dinge fähig sind.

So lange sich diese Bestrebungen innerhalb der natürlichen Grenzen der Specialität hielten, waren sie durchaus legitim und wurden von uns Allen getheilt. Immer wieder ist darauf hingewiesen worden, dass nach Virchow's[1]) goldenen Worten die Specialitäten sich untereinander verständigen und sich gegenseitig helfen sollen, und ferner, dass, während sie immer von Neuem schöpfen aus dem gemeinsamen Born, sie auch ihrerseits fruchtbringend auf die Mutterwissenschaft zurückwirken müssen. Mit vollem Bewusstsein hat dieses Centralblatt schon vor 25 Jahren neben seinen Haupttitel „für Laryngologie und Rhinologie" die Devise: „und für verwandte Wissenschaften" gesetzt. Die Krankheiten der Schilddrüse, des Oesophagus, des äusseren Halses, der Mundhöhle gehören zu denjenigen, an welchen der Kehlkopfarzt, weil sie sein eigentliches Feld so häufig berühren, ein ganz besonderes Interesse zu nehmen berechtigt und verpflichtet ist. Es gereicht unserer Specialität zur Ehre, dass sie, sich abwendend von localer Kleinigkeitskrämerei, im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts mit Eifer den Zusammenhang des Halses und der Nase mit anderen, nicht nur räumlich benachbarten Organen studirt hat. Was hier hinsichtlich der Beziehungen unseres Specialgebietes zu den Krankheiten der Augen, der Ohren, des Centralnervensystems, der Zähne, der Lungen, der Geschlechts-

1) Berliner klinische Wochenschrift. 1885. S. 775.

organe, der Haut — kurz zu allen möglichen Theilen des Körpers geleistet worden ist, gehört zu den dankenswerthesten Errungenschaften der Laryngologie und sollte an sich genügen, ihr für immer einen ehrenwerthen Platz in der Reihe der anerkannten und unabhängigen Specialitäten zu sichern.

Ebensowenig lassen sich begründete Einwendungen dagegen erheben, dass die Laryngologie ihr Gebiet erweitert, sobald diese Erweiterung mit innerlicher Nothwendigkeit aus der Beschäftigung mit dem eigenen, unbestrittenen Felde unserer Thätigkeit erwächst, und wir möchten dies ganz besonders hervorheben, um dem Vorwurf des Hinter-der-Zeit-Zurückbleibens zuvorzukommen! Wenn also zum Beispiel gegenwärtig die äusseren Stirnhöhlenoperationen sich fast ausschliesslich in den Händen von Specialisten befinden, wenn die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zum grossen Theil von Laryngologen vorgenommen wird, so ist das einfach darauf zurückzuführen, dass im ersteren Falle die moderne Operation thatsächlich unter den Händen der Rhinologen entstand und so gut wie nie von den Chirurgen in Anspruch genommen worden ist, während im letzteren sich die Chirurgen so lange den von Laryngologen ausgehenden Vorschlägen zur Verbesserung der Technik der Operation verschlossen, dass letztere gezwungen wurden, dieselbe selbst vorzunehmen, wollten sie das von ihnen als richtig erkannte practisch durchgeführt sehen. Wenn ferner durch die schöpferische Idee Kirstein's und durch ihre geniale Erweiterung seitens Killian's das therapeutische Gebiet der Laryngologie auf die Bronchien und die Speiseröhre ausgedehnt wurde, so war dies eine logische Nothwendigkeit, da zu der Erlernung und practischen Ausübung der Bronchoskopie und Oesophagoskopie noch mehr specialistische Schulung gehört, als zu der gewöhnlichen indirecten Laryngoskopie. Demgemäss ist denn auch, obwohl die Killian'sche Methode die Laryngo-Rhinologie thatsächlich zur Specialität für die Krankheiten der Luft- und oberen Speisewege umgestaltete, von keiner Seite Einspruch gegen diese unerwartete Ausdehnung ihrer Thätigkeit erhoben worden. Dieselbe hat sich im Gegentheil wohl überall dankbarer Begrüssung zu erfreuen gehabt.

Ganz anders aber steht die Sache mit den neuesten Forderungen unseres radicalen Flügels. Derselbe betrachtet alle der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf räumlich benachbarten, oder mit diesen Organen in anatomischer, physiologischer oder pathologischer Beziehung stehenden, wenn auch ferner gelegenen Theile des Körpers als eroberte oder zu erobernde Gebiete, und verlangt kurzweg, dass die neue Oto-Laryngologie — denn es sind die Fusionsfreunde, welche diese Forderung erheben — ihre chirurgische Thätigkeit auf alle diese Gebiete ausdehnen solle, gleich-

gültig, ob dieselben seit undenklicher Zeit im Besitze anderer gewesen sind oder nicht! — Beiläufige Aeusserungen bezüglicher Art waren mehrfach im vorigen Jahre in Wien gelegentlich des Internationalen Congresses zu hören und lassen sich auch in der neuesten Literatur finden. Jetzt aber ist ein ganz definitives Programm für die weitere Entwickelung der oto-laryngologischen Praxis erschienen, das für die neue Richtung so bezeichnend ist, und gleichzeitig beweist, dass wir hier nicht gegen Chimären kämpfen, — dass wir einen grossen Theil desselben trotz seiner Länge in wörtlicher Uebersetzung hier wiedergeben.

In einer Ansprache des Vicepräsidenten, die vor der amerikanischen Academy of Ophthalmology and Laryngology im August vorigen Jahres in Cleveland gehalten und im „Laryngoscope" (Februar 1909) abgedruckt worden ist, erklärt der Vortragende im Eingange, dass das Specialgebiet der Otolaryngologie über das Gebiet der Mastoidoperationen, der äusseren Operationen an den Nebenhöhlen der Nase und am Kehlkopf allmählich herausgewachsen sei und dass heutzutage die moderne Otolaryngologie die grossen Operationen am Kopfe und Halse in sich begreife.

Dann fährt der Verfasser wörtlich fort: „Noch besteht beträchtliche Zögerung in unseren Reihen hinsichtlich dieses Fortschritts, indem man die mögliche Gefahr fürchtet, das dem allgemeinen Chirurgen gehörende Feld zu schmälern. Das halte ich aber für einen Fehler, weil eine natürliche Verbindung zwischen den Krankheiten der Höhlen der Nase, des Halses und der Ohren und ihrer Adnexa besteht. Der moderne Otolaryngologe darf sich daher nicht mit der Behandlung der Höhlen begnügen, sondern muss auch die Adnexa und die Complicationen selbst behandeln." — Im Weiteren gesteht der Verfasser zu, dass die Begrenzung der otolaryngologischen Praxis durchaus individuelle Geschmackssache sei. Er selbst aber empfehle nicht nur die Inangriffnahme der äusseren ebensowohl wie der inneren Krankheiten der betreffenden Organe, sondern auch die Behandlung der mit ihnen „in engem Zusammenhange stehenden Gewebe". Des weiteren illustrirt er seine Meinung, indem er einige einschlägige Beispiele giebt:

1. „Nehmen wir einen Fall von Obstruction der Nase an, in welchem die Diagnose auf Fibrosarkom gestellt ist. Dasselbe involvirt die ganze Hälfte des Oberkiefers und es wird nöthig, die temporäre oder permanente Resection der Maxilla superior mit oder ohne Ligatur der Carotis vorzunehmen. Es ist üblich gewesen, diese Operation von einem allgemeinen Chirurgen vornehmen zu lassen; ich behaupte jedoch, dass dieselbe durchaus innerhalb der Domäne der otolaryngologischen Praxis liegt."

2. „Eine acute oder chronische Affection der Nebenhöhlen der Nase führt zur Entwickelung deutlicher Gehirnsymptome; die Diagnose wird auf

einen complicirenden Gehirnabscess oder auf Meningitis gestellt. Der Rhinologe hat die inneren und äusseren Operationen an den Sinus vorgenommen, aber die Gehirnexploration oder Punction des Wirbelkanals ist dem allgemeinen Chirurgen überlassen geblieben. Es ist kein Grund vorhanden, warum nicht die ganze Operation von dem Oto-Rhino-Laryngologen ausgeführt werden soll."

3. „Die vielen Varietäten äusserer Nasendeformitäten sind und werden noch gegenwärtig vielfach von allgemeinen Chirurgen operirt, trotz der Thatsache, dass in den meisten Fällen auch intranasale Chirurgie nothwendig ist, um die besten Resultate zu erzielen. Es ist daher klar, dass diese Fälle zum Bereich des Oto-Rhino-Laryngologen gehören."

4. „Die Lippen, das Zahnfleisch, die Kiefer, der Gaumen, die Speicheldrüsen und -Gänge, die Wangenschleimhaut und die Zunge werden in einer gemischten Weise behandelt, manche ihrer Affectionen von dem allgemeinen Chirurgen, manche von Zahnärzten, manche von Mundärzten oder Stomatologen und manche von den Rhino-Laryngologen. Die richtige Diagnose und Behandlung sind so wesentlich in Beziehung zu den speciellen Functionen der Athmung, der Sprache, des Gehörs, Geruchs und Geschmacksinns, dass allein aus diesen Gründen, wenn nicht aus aus anderen, die obigen Structuren von den Oto-Rhino-Laryngologen behandelt werden sollten."

„Ich will nunmehr einige specielle pathologische Zustände dieser Gebilde aufzählen":

a) „Der Lippen: Hasenscharte, angeborenes Staphylom. Neubildungen, entzündliche Krankheiten und angioneurotisches Oedem."

b) „Des Zahnfleisches und der Kiefer: Epulis und andere Neubildungen, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis, Abscesse und Necrosis."

c) „Des Gaumens: Wolfsrachen und andere congenitale Defecte, Lähmungen, Neubildungen und entzündliche Leiden."

d) Des Speichelapparates: Speichelsteine und -Cysten oder Ranulae, Entzündungen, Abscesse und Neubildungen der Speicheldrüsen."

e) „Der Backen: Leukoplakie, Neubildungen und entzündliche Krankheiten."

f) „Der Zunge: schwarze Haarzunge und andere Keratosen, tuberculöse und syphilitische Erkrankungen und andere entzündliche Affectionen, congenitale Verkürzung oder Fehlen des Frenulum („tongue-tie"), Neubildungen."

5. „In neuerer Zeit ist klar nachgewiesen, besonders von Groeber Moos, Wood und Anderen, dass die Lymphgebilde des Mundes, der Nase, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs sich in die verschiedenen

Drüsenregionen des Halses entleeren, und dass die Infection und Vergrösserung der Drüsen in directem Verhältniss zu der Infection der Lymphgebilde in den genannten Höhlen steht. Umgekehrt schwindet die Drüsenaffection mit dem Aufhören der primären Affection. Es ist daher klar, dass Vergrösserung der Lymphdrüsen, gleichgültig aus welcher Quelle stammend, in welche sich die oben genannten Lymphgebilde ergiessen, der Domäne des Oto-Rhino-Laryngologen zuzurechnen ist. Es ist durchaus nicht selten zu sehen, dass längere Zeit vergrösserte, aber nicht erweichte Halsdrüsen nach der Entfernung von Tonsillen oder adenoiden Vegetationen verschwinden. Ebensowenig selten findet man Recidive vergrösserter Cervicaldrüsen 2—3 Mal nach ihrer Operation, bis endlich die Tonsillen oder andere inficirte Gebilde innerhalb der Höhlen entfernt worden sind."

6. „Eine sehr häufige Klage über Schling- und Athembeschwerden sowie über andere auf den Hals bezügliche Symptome ist auf Vergrösserung der Schilddrüse zurückzuführen. Druck auf den N. recurrens bedingt Parese oder Paralyse der Stimmbänder, welche, obwohl seltener, derselben Veranlassung ihren Ursprung verdankt. Dieser pathologische Zustand ist vernünftigerweise innerhalb der Grenzen unserer Specialität, und die zu seiner Hebung nothwendige Operation sollte häufiger von uns vorgenommen werden, als dies geschieht."

„Das Gleiche gilt für alle Geschwülste des Halses, sowie für Kiemencysten, sobald dieselben Symptome im Gebiet der Nase, des Halses und der Ohren produciren."

7. „Die verschiedenen äusseren Operationen am Kehlkopf sind sämmtlich von Laryngologen während der letzten zehn Jahre vorgenommen worden. Alles, was ich mit Bezug hierauf zu sagen wünsche, ist, dass die Thatsache beweist, dass sie fähig sind, diese äusserst schwierigen grossen Operationen selbst vorzunehmen."

8. „Die Trachea, Bronchien, Lungen, Oesophagus und Magen, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope" (Röhren) in Betrachtung kommen, sind sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit."

9. „Die zahlreichen Eingriffe an dem äusseren Ohr, wie plastische Operationen und Entfernung von Neubildungen, sind seit einiger Zeit von Otologen mit vortrefflichen Resultaten vorgenommen worden."

10. „Die vielfachen Complicationen einer Infection des Warzenfortsatzes, wie Sinusthrombose, Thrombophlebitis, Gehirnabscesse, Abscesse am Halse als Folge Bezoldt'scher Mastoiditis und Meningitis sind ebenfalls von den Oto-Laryngologen überwunden worden und haben unsere Stellung beträchtlich gehoben."

11. „Die neuroplastische Operation zur Heilung von Paralyse des Facialis ist in der Mehrzahl der Fälle von allgemeinen Chirurgen ausgeführt worden, trotz der Thatsache, dass die Majorität der Fälle entweder mit schweren Läsionen des Schläfenbeins verbunden ist, oder unseren Bemühungen, Ohreneiterungen zu heilen, ihren Ursprung verdankt. Auf Grund persönlicher Erfahrung möchte ich jeden Otologen, der sich angesichts dieser unerfreulichen und äusserst unangenehmen Complication befindet, dazu anregen, diese delicate, schwierige, aber interessante chirurgische Procedur selbst auszuführen."

„Ich habe gegenwärtig hauptsächlich chirurgische Affectionen erwähnt, weil es zuviel Zeit erfordern würde, weiter auf die Frage einzugehen; ausserdem ist es einleuchtend, dass solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen sind, wie sie erforderlich werden."

„Und jetzt, meine Herren, wo ich die wichtigsten Zustände aufgezählt habe, auf deren Behandlung die modernen Oto-Rhinologen gefasst sein müssen, wünsche ich meine Gründe zu geben, warum es zu ihrem Vortheil sein wird, dies zu thun":

„Erstens. Auf Grund der Thatsache, dass sie immerwährend darauf eingeübt werden, empfindliche Gebilde zu manipuliren, ist es natürlich, dass ihre Resultate besser sind."

„Zweitens. In vielen der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen, ist indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich und nur diejenigen, welche daran gewöhnt sind, constant den Spiegel zu gebrauchen, können die beste Arbeit leisten."

„Drittens. Indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränkt, wird der Specialist naturgemäss zu einem Sachverständigen, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln haben, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben werden, so viele Fälle zu beobachten. Dies hängt natürlich von der Anzahl der Fälle ab, die jeder Einzelne sieht."

„Viertens. Wie schon im Anfange gesagt, sollen die Oto-Laryngologen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexa und Complicationen behandeln. Alles, was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien gut zu kennen, da die Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen stets wohl bekannt gewesen sind."

„Ich habe nichts bezüglich der Oto-Rhino-Laryngologen und Ophthalmologen oder der Krankheiten gesagt, welche beiden Abtheilungen gemeinsam sind, weil der Präsident bereits hierauf angespielt hat. Ich möchte aber sagen, dass die Oto-Rhino-Laryngologie kaum je ohne die Mitarbeiterschaft eines Ophthalmologen auskommen kann und umgekehrt."

Hiermit schliesst der amerikanische Autor sein Programm ab. Die Collegialität, welche er in seinem letzten Satze den Ophthalmologen gegenüber zeigt und welche so auffallend mit dem gänzlichen Mangel an Rücksicht contrastirt, der in obiger Ansprache dem allgemeinen Chirurgen gegenüber an den Tag gelegt wird, erklärt sich sehr natürlich daraus, dass diese Ansprache vor der „Academy of Ophthalmology and Laryngology“ gehalten wurde, d. h. vor einer Körperschaft, welche beide genannte Specialitäten pflegt. Anderwärts, wo die Verschmelzung derselben bisher nicht erfolgt ist, sind die Gesinnungsgenossen des Redners nicht so rücksichtsvoll gegen die Ophthalmologen: dort wird die „Chirurgie der orbitalen Complicationen“ ebenfalls für den Oto-Laryngologen der Zukunft in Anspruch genommen! —

Wir sprechen von „Gesinnungsgenossen“ des Autors, da wir wissen, dass es solche allerorts giebt. Kein grösserer Fehler könnte von den Laryngologen alten Stils gemacht werden, als der, obige Ausführungen als den Traum eines vereinzelten Schwärmers zu belächeln und zu glauben, dass man dieselben mit Achselzucken übergehen könne! — Dieselben stellen vielmehr das erste definitive Programm einer weit verbreiteten Richtung dar, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn auch die Meinungen der Anhänger dieses Programms in Bezug auf einzelne Details auseinander gehen mögen, und wahrscheinlich thatsächlich auseinander gehen, dasselbe doch im Grossen und Ganzen die Ziele und Ideale einer nicht zu unterschätzenden Partei wiedergiebt.

Dies ist der Grund, warum im Obigen das Programm derselben wortgetreu wiedergegeben ist, dies der Grund, warum im Folgenden die Bedenklichkeit desselben dargelegt werden soll. Und wir geben uns der festen Hoffnung hin, dass der Wortführer, dessen Ausführungen wir bekämpfen werden, unsere freimüthigen Aeusserungen ganz und gar nicht im Sinne einer persönlichen Polemik auffassen wird! — Nichts liegt uns ferner als eine solche! — Nicht zwei Personen, sondern zwei Richtungen stehen einander gegenüber. Wenn wir die eine derselben bekämpfen, so geschieht dies, weil sie unserer festen Ueberzeugung nach unheilvoll für die Zukunft unserer Specialität ist, nicht weil wir ihren Wortführer für das verantwortlich machen, was von vielen anderen ebenso lebhaft gewünscht wird, wie von ihm.

Der vorwiegende Eindruck, den der mit der Sache vertraute Leser bei der Lectüre des vorstehenden Programms empfangen haben dürfte, ist wohl der des Erstaunens, wie kurzsichtig die Pläne derjenigen sind, die es leichten Herzens unternehmen, die Grundlagen unserer Specialität zu

verändern, unsere Beziehungen zu anderen Zweigen unserer Wissenschaft und zur Gesammtmedicin zu verschlechtern, den Begriff des Specialismus selbst auf den Kopf zu stellen.

Der Specialismus in der Medicin ist bestenfalls ein notwendiges Uebel. Vom idealen Standpunkte kann kein Zweifel darüber obwalten, dass es wünschenswerth wäre, dass jeder Arzt seine Wissenschaft und Kunst so vollständig beherrschte, dass eine Arbeitstheilung unnöthig wäre. Das ist nun durch den stetig zunehmenden Umfang unseres Wissens und Könnens im Verhältniss zur Kürze unseres Lebens und unserer Studienzeit praktisch unmöglich geworden. Universalgenies wie Albrecht von Haller sind heutzutage kaum mehr denkbar. Zunächst haben sich die theoretischen Fächer von den praktischen allmählich geschieden; dann haben sich die innere Medicin, die Chirurgie und die Geburtshilfe von einander getrennt; dann sind in der Medicin und in der Chirurgie allmählich auf Grund besonderer Veranlassungen Unterabtheilungen entstanden. Solche Veranlassungen waren hauptsächlich die Einführung neuer wichtiger Methoden für Untersuchung und Behandlung, deren Handhabung besondere Uebung und Geschicklichkeit erforderte, wie der Augen-, Ohren-, Kehlkopfspiegel, das Cystoscop etc. Das für die Legitimation dieser Unterabtheilungen als selbstständiger Zweige der Medicin unerlässliche gemeinsame Princip bestand darin, dass diejenigen, die sich der Pflege dieser Methoden gänzlich widmeten, das von ihnen bebaute Feld besser zu bearbeiten im Stande sein mussten, als diejenigen, die nur gelegentlich die betreffenden Methoden ausübten, und dass sie sich, wenn sie die Unterstützung ihrer nichtspecialistischen Collegen erwarteten, auf das von ihnen cultivierte Gebiet beschränkten.

Selbstverständlich bedeutet letzteres nicht eine polizeilich überwachte Grenzsperre. Abgesehen von dem Rechte jedes approbirten Arztes, das gesammte Gebiet der Heilkunde zu bearbeiten, ein Recht, das Niemandem geschmälert werden kann, gehen viele von den Unterabtheilungen der Medicin so allmählich ineinander über, resp. haben so viele Interessen gemeinsam, dass sich eine haarscharfe Grenze zwischen ihnen überhaupt nicht ziehen lässt. Die Selbstbeschränkung der Specialisten auf das von ihnen gewählte Feld war vielmehr eine durchaus freiwillige und war das Ergebniss weisesr Einsicht. Indem der Specialist sich aus eigenem Antrieb enthielt, Leistungen zu unternehmen, die er vielleicht ebenso gut wie ein anderer ausführen konnte, und indem er sich darauf beschränkte, Dinge zu treiben, die er sicher besser thun konnte, als andere, rechnete er auf die Unterstützung der Angehörigen anderer Zweige in seiner Praxis. Indem die letzteren dem Specialisten ihr Vertrauen schenkten und ihm Patienten zuwiesen, deren Krankheiten in sein Gebiet

fielen, erwarteten sie, dass diese Kranken nach ihrer Heilung im Falle anderweitiger Leiden zu ihren ursprünglichen Rathgebern zurückkehren würden. Das war die praktische Grundlage, auf welcher der Specialismus in den neueren, mehr technischen Unterabtheilungen der Medicin entstanden ist; das ist die gesunde Grundlage, auf welcher er noch heute besteht. Es ist der Geist der Collegialität, der diese Beziehungen regulirt, und sie in der That allein möglich macht!

Prüfen wir nun auf Grund dieser Schilderung der Entwicklung und gegenwärtigen Stellung des Specialismus in der Medicin, deren Richtigkeit wohl kaum bestritten werden wird, die Forderungen der neuen „Oto-Rhino-Laryngologie“, so stürzen die Bedenken bei der Lectüre des vorstehenden Programms der Reformpartei so haufenweise auf den Leser ein, dass man kaum weiss, wo man anfangen und wo man aufhören soll, Einsprache zu erheben. — Um nur einigermaassen Ordnung in die Fülle dieser Einwürfe zu bringen, wollen wir das neue Programm nach folgenden Gesichtspunkten untersuchen:

1. Die geforderte Veränderung des Umfanges der Specialität und die Willkürlichkeit, mit der die Grenzen ihres Gebiets abgesteckt werden.

2. Die Gründe, auf welche sich die Forderungen stützen.

3. Die gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Programms und die Frage, welches die Stellung der neuen Disciplin im academischen Lehrkörper sein soll, eine Frage, die in dem Programm gar nicht berührt wird.

---

1. Es wird gefordert, dass die „Oto-Rhino-Laryngologie“ auch die „Adnexa“ und die „Complicationen“ einschliessen soll. Die ungemeine Dehnbarkeit dieser Begriffe liegt auf der Hand. Was sind „Adnexa“? — Nur alle räumlich benachbarten oder auch alle anatomisch, physiologisch und pathologisch mit dem Ohr, der Nase und dem Halse in Zusammenhang stehenden Theile? — Was sind „Complicationen?“ — Processe, die aus den Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses erwachsen und auf benachbarte oder entferntere Organe übergreifen, oder auch Processe in anderen Theilen, die in ihrem Verlaufe auch Ohr, Hals und Nase afficiren mögen, resp. constitutionelle Leiden, in denen zu irgend einer Zeit ihres Bestehens Erscheinungen von Seiten des Ohres, der Nase oder des Halses auftreten können?

Obwohl das citirte Programm sich über diese Fragen nicht klar auslässt, so geht doch aus den von ihm gegebenen Beispielen klar genug hervor, dass der Ehrgeiz der Reformpartei darauf hinausgeht, alle diese „Adnexa“ und „Complicationen“ in das Gebiet der neuen Disciplin hinein-

zuziehen. Wir sagen ganz allgemein: „Der neuen Disciplin,“ weil wir wirklich in Verlegenheit sind, mit welchem bezeichnenden Namen wir sie belegen sollen! — Dass es nicht mehr „Oto-Rhino-Laryngologie“ ist, wenn jemand die Resection der Maxilla superior mit Ligatur der Carotis vornimmt, den Wirbelcanal punctirt, die Hasenscharte operirt, die Zunge entfernt, neuroplastische Operationen zur Heilung der Facialisparalyse ausführt, etc. — ist ohne Weiteres einleuchtend. Auch „Chirurgie des Kopfes und Halses“ — der von dem Verfasser des Programms selbst wiederholt gebrauchte Ausdruck — reicht offenbar nicht aus, um das Feld der neuen Disciplin zu definiren, denn einerseits macht er das specielle Reservat, dass er nur aus Zeitmangel sich auf die hauptsächlich chirurgischen Affectionen beschränkt habe, und es „einleuchtend“ sei, dass „solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen seien, wie sie erforderlich werden“ — was bei der bequemen Argumentation des Programms vollständig ausreicht, auch alle nicht-chirurgischen „Complicationen“ oder „Adnexa“ für die Domäne der neuen Disciplin zu fordern, andererseits liegen seinem Raisonnement zufolge ja auch „die Lungen, der Oesophagus und der Magen“, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope“ in Betrachtung kommen, „sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit.“

So sehr wir mit dem Inhalt des letzten Satzes einverstanden sind, so ist es doch klar, dass eine Disciplin, die einerseits auch die nicht-chirurgischen Leiden des Kopfes und Halses, andererseits die Krankheiten der Lunge, der Speiseröhre und des Magens umfassen will, auch einen bezeichnenderen Ausdruck für das Gebiet ihrer Thätigkeit finden muss, als den der „Chirurgie des Kopfes und Halses.“ — „Specialist vom Scheitel bis zum Nabel“ würde schon besser passen. — Aber auch diese Bezeichnung reicht nicht aus, wenn wirklich alle „Adnexa“ und „Complicationen“ in den Bereich unserer Thätigkeit gezogen werden sollen.

Wir kommen dabei auf die oben erwähnte ganz unverständliche Willkürlichkeit in der Begrenzung des Gebietes der neuen Disciplin, die ihr unreifes Programm characterisirt. Wenn die „Adnexa“ uns gehören, wie behauptet wird, warum nicht grade heraussagen, dass das Gehirn, die Augen, die Zähne, Bestandtheile unseres neuen Wirkungskreises sind? — Das Gehirn ist räumlich der Nase, dem Halse, den Ohren benachbart, verschiedene seiner Erkrankungen lösen Complicationen in diesen Theilen aus, wie umgekehrt Krankheiten dieser Organe auf das Gehirn übergreifen können. — Die Beziehungen der Augen zur Nase sind im Laufe der letzten Jahre so vielfach Gegenstand literarischer Thätigkeit gewesen, und es ist eine so formidable Liste von Krankheiten aufgestellt

worden, die von der Nase ausgehend Augenkrankheiten bedingen können, dass, wenn der Verfasser obigen Programms hätte consequent sein wollen, er seinen Forderungen getreu kurzweg auch die Augenkrankheiten hätte für die neue Specialität reclamiren müssen, statt im Schlusssatze überraschenderweise zu sagen, dass der Oto-Rhino-Laryngologe kaum je ohne die „Mitarbeiterschaft" des Ophthalmologen auskommen könne und umgekehrt. Wenn hier eine „Mitarbeiterschaft" des Angehörigen einer anderen Specialität zugestanden wird, warum wird dem allgemeinen Chirurgen eine solche „Mitarbeiterschaft" verweigert, und schlankweg zur Annexion seines Gebietes aufgefordert? — Und weiter: wir sollen den Oberkiefer reseciren, Epulis, Affectionen des Zahnfleisches, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis und Necrose der Kieferknochen behandeln. Warum machen wir denn bei den Zähnen selbst Halt? — Auch zu deren Behandlung gehört ja „Delicatesse der Manipulationen" und gelegentlicher „Gebrauch des Spiegels!" Also: Fort mit dem Zahnarzt! — Mit dieser Logik, die an die berühmte Ableitung: „ἀλώπηξ, pix, pax, pux, Fuchs!" erinnert, lässt sich ebenso gut die Behandlung der Hypophysiskrankheiten, oder die Exstirpation des Ganglion Gasseri für den „Oto-Rhino-Laryngologen" fordern. Und selbst hiermit ist die Absurdität noch nicht am Ende angelangt. Da wir in Zukunft ja alle „Complicationen" selbst behandeln sollen, so ist es nur selbstverständlich, dass, wenn ein Pemphigus in der Nase oder im Halse beginnt, die Behandlung in den Händen des „Rhino-Laryngo-Otologen" bleibt, auch wenn in späteren Stadien die Schleimhautsymptome vollständig hinter den Manifestationen auf der äusseren Haut zurücktreten. Und da wir weder vor der Punktion des Wirbelcanals noch vor der Entfernung der Schilddrüse zurückschrecken dürfen, so folgt natürlich, dass wenn ein unter unserer Behandlung stehendes Oesophaguscarcinom die Gastrostomie erfordert, diese Operation von uns selbst vorgenommen wird, ebenso wie, dass, wenn bei einer mit Kehlkopftuberculose behafteten Patientin die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt erscheint, es der „Oto-Rhino-Laryngologe" ist, der diese Operation ausführt! — Und das nennt sich noch „Specialität!" — Schliesslich werden wir bei dieser Behandlung der „Adnexa" und „Complicationen" bei der Definition des alten englischen Chirurgen anlangen, der auf die Frage, was ein chirurgischer Fall sei, ohne Zögern erwiderte: „Jeder, der ein Honorar bezahlt." — —

2. Prüft man nun die Gründe, auf welche die Forderungen der Reformpartei sich stützen, so weiss man nicht, ob man mehr über deren sachliche Aermlichkeit oder über die Kurzsichtigkeit staunen soll, mit der Argumente verwendet werden, die bei näherer Analyse ihre Spitze direkt gegen die Sache kehren, der sie dienen sollen.

Da wird zunächst behauptet, dass auf Grund ihrer Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde es natürlich sei, dass die Resultate der Specialisten besser seien. — Von welchen Gebilden und von welchen Resultaten wird da gesprochen? — Wenn diejenigen Gebilde gemeint sind, welche eine ganz specielle Technik erfordern (wie etwa die intralaryngeale Operation gutartiger Kehlkopfneubildungen), und welche sich bereits seit 50 Jahren unangefochten in unserem Besitze befinden, so wird das Niemand bestreiten; wenn aber die neuen Dinge in Frage kommen, die jetzt für die „Oto-Rhino-Laryngologie“ reclamirt werden, so schwebt die Behauptung, dass die Resultate der Laryngologen „besser“ seien, vollständig in der Luft und stellt ausserdem — bewusst oder unbewusst — eine Beleidigung derer dar, in deren Händen sich die betreffenden Operationen befunden haben, und denen bisher unseres Wissens nach niemals Mangel an Geschicklichkeit hat vorgeworfen werden können! — Und ausserdem: welche Logik! — Verleiht blosse „Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde“ Anspruch auf Usurpirung anderer Gebiete, so dürfte der Augenarzt ein Recht haben, die gesammte Chirurgie als seine legitime Domäne zu betrachten!

Ferner heisst es, dass in „vielen“ der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich sei, und dass nur diejenigen, welche daran gewöhnt seien, constant den Spiegel zu gebrauchen, die beste Arbeit leisten könnten. — Darauf ist zu erwidern, dass die Wolfsrachen- und Mundoperationen nach der eigenen Liste des Programms nur einen ganz geringen Bruchtheil derjenigen Eingriffe darstellen, welche jetzt für die neue Disciplin gefordert werden, und dass Wolfsrachenoperationen, wie überhaupt Operationen am harten und weichen Gaumen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch unbestritten, von jeher zu denjenigen Operationen gehört haben, die von Laryngologen ausgeführt worden sind. Für die grosse Mehrzahl der neu reclamirten Operationen aber ist das Spiegelargument ganz unverwendbar, da bei denselben Spiegel gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise zur Verwendung kommen.

Sodann wird uns gesagt, dass der Specialist, indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränke, naturgemäss zu einem Sachverständigen werde, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln hätten, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben würden, so viele Fälle zu beobachten. Freilich fügt der Autor hinzu, dass dies natürlich von der Anzahl der Fälle abhänge, die jeder Einzelne sehe. — Dieses Argument hat insofern etwas unwillkürlich Komisches, indem der letzte Satz den vorhergehenden einfach aufhebt. — Aber auch abgesehen hiervon ist über die ganze Behauptung zu sagen, dass der Specialist, so lange er sich mit dem wirklichen Gebiet seiner

Specialität begnügt, in der That ein Sachverständiger ist, während er diese Eigenschaft verliert, sobald er sich auf Gebiete begiebt, mit denen er nur ganz gelegentlich in Berührung kommt. — Ferner ist bei der ganzen Bewegung nicht von einer Beschränkung, sondern von einer Ausdehnung die Rede, und zwar begreift diese Ausdehnung, wie wir oben gezeigt haben, nicht nur die „Chirurgie des Kopfes und Halses“, sondern die medicinische und chirurgische Behandlung der meisten Leiden der oberen Hälfte des Körpers in sich, wenn letzteres auch nicht so direct ausgesprochen wird, wie ersteres. Dass dabei der ganze Begriff des Specialismus auf den Kopf gestellt wird, und der Anspruch auf „Sachverständigkeit“ in sich zusammenfällt, ist selbstverständlich. Ausserdem muss bestritten werden, dass — wenigstens gegenwärtig — der Specialist die Gelegenheit hat, viele Fälle zu beobachten, die nicht zu dem eigentlichen Gebiet seiner Specialität gehören. Gelegentlich bekommt man ja auch fernliegende Dinge zu sehen; wie selten das aber ist, erhellt am besten aus den statistischen Berichten der laryngologischen Kliniken der verschiedensten Länder, in welchen man nur in Ausnahmefällen, resp. in verschwindend kleiner Anzahl, die Namen vieler von den Leiden und Operationen genannt finden wird, die jetzt für die neue Disciplin reclamirt werden.

Das Wunderbarste und für die eigene Sache gefährlichste Argument ist jedenfalls das letzte der ins Feld geführten. Die Oto-Laryngologen sollen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexe und Complicationen behandeln, deren Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen angeblich „stets wohl bekannt“ gewesen seien. „Alles was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien zu kennen.“ — Bei oberflächlicher Lectüre scheint die Aufgabe einfach genug; denkt man aber über den Sinn dieser Sätze nach, so drängen sich einem die beiden Fragen auf: Woher stammt die angebliche intime Kenntnis — wir sprechen natürlich nicht von der allgemeinen Kenntniss, die jeder praktische Arzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie des ganzen Körpers besitzt, sondern von der speciellen Kenntniss, welche das Attribut der Sachverständigkeit rechtfertigt — welche die Oto-Laryngologen schon jetzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie der verschiedenen „Adnexa“ und Organe, in denen „Complicationen“ erfolgen können, angeblich besitzen sollen? — Und zweitens: wann und wie sollen sie sich „in der Technik vervollkommnen“? — Es ist in der That merkwürdig, dass die Himmelstürmer nicht sehen, dass sie hier ihre eigene Achillesferse berühren! — Dass die blosse officielle Ausbildung während der Studienjahre nicht ausreicht, um jemanden zu der wirklich sachverständigen Vornahme solcher Operationen, wie sie von jetzt

an zum Gebiet der Oto-Laryngologie gehören sollen, zu qualificiren, wird wohl allerseits zugestanden werden, und wird thatsächlich durch die Aufforderung zu weiterer „technischer Vervollkommnung“ bestätigt. Aber wie und wann sollen sich die Oto-Laryngologen, so fragen wir wiederholt, dieselbe aneignen? — Ja, wenn es gesetzlich geregelt werden könnte, dass jedermann, ehe er berechtigt ist, den Titel „Oto-Laryngologe“, oder den Titel „Specialist für Krankheiten der oberen Körperhälfte“, oder welchen anderen Titel man der neuen Disciplin geben will, zu führen, nach Ablegung seines Staatsexamens verpflichtet würde, eine Periode von mindestens 2—3 Jahren als officieller Assistent (mit der Befugniss grössere Operationen selbst auszuführen) an einer grossen chirurgischen Klinik zuzubringen; dass er während dieser Zeit die Anatomie, Physiologie und Pathologie der „Adnexa“ und „Complicationen“ besonders studiren müsse; und dass es ihm erst nach Ablegung eines speciellen Examens bezüglich seines speciellen Wissens und fachmännischen Könnens in den Dingen, die er später als Specialist betreiben wolle, gestattet sein solle, den betreffenden Specialtitel zu führen, — dann läge die Sache anders! — Heute aber, wo man schon bei dem gegenwärtig begrenzteren Umfang der beiden Specialitäten immer wieder die Erfahrung macht, dass Leute sich Specialisten nennen, denen keine Specialbildung zur Seite steht, wo die Klage über das „Sechswochenspecialistenthum“ immer lauter aus den Reihen der Specialisten selbst erschallt, eine grosse Anzahl von neuen Dingen, die nur auf Grund Jahre langer specieller Ausbildung wirklich fachmännisch betrieben werden können, für unsere Specialität zu reclamiren, ist einfach widersinnig und läuft dem ganzen Grundbegriff des medicinischen Specialismus stracks zuwider.

Ueberhaupt ist hier der Ort, die Herren von der Reform auf eine grosse und wirkliche Gefahr für unsere Specialität aufmerksam zu machen, die sie heraufbeschwören, deren sie aber, soweit wir sehen können, überhaupt nicht gewahr sind: die Gefahr der Verflachung unserer Thätigkeit zu Gunsten ihrer Verbreiterung! — Wir haben bisher unsere Erfolge durch liebevolle Vertiefung in unser kleines Gebiet erreicht. Mit seiner, bisher durchaus legitimen, allmählichen organischen Erweiterung ist es schwerer und schwerer geworden, sich selbst in diesem beschränkten Gebiete in allen Punkten vollständig auf der Höhe zu erhalten, das ganze Gebiet seiner immer mehr anschwellenden und sich immer mehr zersplitternden Literatur zu beherrschen, wirklicher Meister der immer mehr sich verfeinernden Technik, der in immer grösserer Zahl auftauchenden neuen Untersuchungs- und Operationsmethoden zu bleiben. — Jetzt soll nun der Umfang dieses Gebietes bis ins Ungemessene erweitert werden, ohne dass die geringste Bürgschaft dafür geboten wird, dass diejenigen,

welche sich ihm widmen, die unerlässliche specielle Vorbildung in den neuen Dingen erhalten haben, die ihm angegliedert werden sollen, und ohne die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich die technische Vollkommenheit, die von einem „Specialisten“ verlangt werden darf, nach ihrem Eintritt in die specialistische Laufbahn aneignen werden, da trotz der gegentheiligen Behauptungen das sich ihnen darbietende Material in der Behandlung der „Adnexa“ und der „Complicationen“ an den weitaus meisten Specialkliniken voraussichtlich ein viel zu geringes bleiben wird, um auf seiner Grundlage wirkliche Meisterschaft zu erringen. — Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, vorauszusehen, dass bei einer Verfolgung dieser Ziele der Oberflächlichkeit, dem Dilettantismus in die Hand gearbeitet, die wirkliche Aufgabe der Specialität immer mehr in den Hintergrund gerückt werden wird. Der ehrgeizige junge Specialist wird es für seine Pflicht halten, seine Thätigkeit besonders auf denjenigen neuen Gebieten zu bethätigen, auf denen wir überhaupt nicht mit den Angehörigen anderer Zweige rivalisiren sollten, um zu zeigen, dass er auf der Höhe der Situation stehe. Unsere Specialgesellschaften, unsere Specialjournale werden immer mehr ihren eigentlichen Charakter verlieren und Dinge bringen, die naturgemäss in das Gebiet der allgemeinen Chirurgie und Medicin gehören. Die Betten in den Specialkliniken werden immer häufiger für Fälle in Anspruch genommen werden, die garnicht in das eigentliche Gebiet der Specialität fallen. Spuren von allem diesen lassen sich von dem aufmerksamen Beobachter schon heute entdecken. Schliesslich wird die Specialität so weitgehende Ansprüche machen, dass sie überhaupt aufhört, Specialität zu sein. Weit von diesem Ende wäre sie schon jetzt nicht, wenn das amerikanische Programm und die Bestrebungen Gleichgesinnter in anderen Ländern zum officiellen Schlachtruf der Angehörigen unseres Faches erhoben würden. — Und das soll ein Fortschrittt sein? — Es ist der Gipfelpunkt solcher Verblendung, wie sie nach dem altrömischen Sprichwort der Vernichtung vorhergeht!

3. In innigem Zusammenhange mit den letzten Ausführungen steht die letzte hier noch zu besprechende Frage: die unausweichliche gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Reformprogramms, und die Erwägung, welches die Stellung der neuen Diciplin im academischen Lehrkörper sein soll? — Es ist bezeichnend für die Unreife der ganzen Bewegung, dass das Programm kein Wort über diese Grundfragen enthält. — Es wird anscheinend naiver Weise angenommen, dass die angestrebten Ziele sich verwirklichen liessen, ohne dass die Angehörigen anderer Zweige, selbst der direct durch die rücksichtlosen Forderungen der Reformpartei betroffenen, überhaupt um ihre Ansicht gefragt würden, resp. ein Wort zur Vertheidigung ihrer eigenen

gefährdeten Interessen zu sagen hätten! — Hier wird die neue Bewegung geradezu gemeingefährlich, und hier wird ein Protest aus der Mitte der Specialität selbst zur directen Pflicht!

Noch einmal muss an dieser Stelle, um jeder Missdeutung vorzubeugen, nachdrücklich betont werden, dass niemand daran gedacht hat, oder denkt, dem einzelnen Laryngologen vorschreiben zu wollen, was die Grenzen seiner Thätigkeit sein sollen! — Das wäre ebenso lächerlich als anmaassend, und wiederspräche dem Geist freier Wissenschaft! — Victor von Bruns ist allgemeiner Chirurg geblieben, auch nachdem er der Vater der intralaryngealen Chirurgie geworden war; Carl Gerhardt und Hugo von Ziemssen haben nicht ihre klinischen Professuren niederlegt, weil sie sich mit Vorliebe mit Laryngologie beschäftigten. Noch heute sind mehrere der ausgezeichnetsten britischen Laryngologen gleichzeitig innere Kliniker oder Chirurgen. Die Combination der Laryngologie mit der Otologie ist in der Praxis häufiger als das Alleinbetreiben einer dieser Specialitäten. In Amerika tritt vielfach noch die Ophthalmologie hinzu. Noch seltenere Combinationen, wie die der Laryngologie mit der Dermatologie, sind nicht unerhört. So soll es auch bleiben! So wenig es dem einfachen praktischen Arzt verwehrt werden kann, selbst die Ovariotomie vorzunehmen, den Kehlkopf zu exstirpiren, den Staar zu stechen, eine Gehirngeschwulst zu entfernen, so wenig darf der Laryngologe als Individuum in der Festsetzung seines persönlichen Wirkungskreises behindert werden. Wenn ein Halsarzt, dem eine gründliche chirurgische Vorbildung zur Seite steht, alle in dem obigen Programm genannten und ausserdem alle ganz ausserhalb des laryngologischen Gebietes stehenden Operationen, die der Zufall ihm zuführt, selbst ausführen will, so hat Niemand das Recht, ihm dreinzureden. Wenn ein anderer, der eine solche Vorbildung nicht besitzt, aus falschem Ehrgeiz oder aus materiellen Gründen, die ja bei der ganzen Frage, wenn auch unausgesprochen[1]), eine so grosse Rolle spielen, die dilettantenhafte Vornahme einiger weniger Operationen, die sich ihm gelegentlich bieten, der Mitwirkung des allgemeinen Chirurgen und dem Vertrauen der praktischen Aerzte vorzieht, so hat er das mit seinem Ge-

---

1) Fast gleichzeitig mit dem Vortrag des amerikanischen Vorkämpfers der neuen Richtung hat ein Landsmann von ihm, ein bekannter amerikanischer Ophthalmolog, einen Artikel unter dem Titel: „Augenarzt und Ohrenarzt, oder Augenarzt und innerer Kliniker — welches von beiden soll es sein?“ („Oculist and Aurist or Oculist and Physician — Which?“ „Ophthalmoscope“ Jan. 1909) veröffentlicht, in welchem er die Frage bespricht, ob der Augenarzt seine Specialität mit der des inneren Klinikers, oder mit der des Rhino-Oto-Laryngologen vereinigen soll. Auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen befürwortet er im Ganzen mehr die erstgenannte Eventualität.

Das „British Medical Journal“, das diesen Artikel in der Nummer vom 27. März 1909 einer redactionellen Besprechung unterzieht, sagt mit dürren Worten,

wissen abzumachen, und die Folgen etwaiger Fehlschläge persönlich auf sich zu nehmen. Das sind Dinge, die die Laryngologie als Körperschaft nicht berühren. Wenn aber die verblendete Behauptung aufgestellt wird, dass alle möglichen Dinge, mit denen die Laryngologie je einmal in Berührung kommt, zu ihrer Domäne gehören, und wenn auf Grund dieser Behauptung Forderungen aufgestellt werden, welche die legitimen Rechte anderer Zweige der Medicin aufs Bedenklichste beeinträchtigen, und einen berechtigten Sturm des Unwillens aus allen Kreisen unserer Wissenschaft gegen unsere Specialität als solche heraufbeschwören müssen. — dann ist die Zeit zu einem Worte ernstester Warnung gekommen und dieser Warnung sind die nächsten Zeilen gewidmet.

Welche Stellung auch immer einige Laryngologen sich persönlich errungen haben mögen, es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass unsere Specialität als solche keine populäre ist. Die seit fast 30 Jahren sich immer wiederholenden Kämpfe um eine selbstständige und würdige Stellung bei den internationalen Congressen, die Schwierigkeit, mit der wir nur ganz langsam und allmählich uns eine sehr bescheidene Position an Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen erworben haben, können auch dem optimistischsten Laryngologen keine Illusion über diese Thatsache gelassen haben. Die Heidelberger und Greifswalder Vorgänge im letzten Jahre, die Schilderung, die das British Medical Journal ungefähr gleichzeitig von den gegenwärtigen Zuständen in England entworfen hat, und die in der Januarnummer des Centralblatts wiedergegeben ist, müssen auch dem Vertrauensseligsten gezeigt haben, wie unsicher die Stellung der Laryngologie selbst an den Plätzen ist, wo sie seit vielen Jahren völlig gefestigt erschien. Die neuerliche Agitation für die „Verschmelzung" der Laryngologie mit der Otologie hat — endlich! — wie die verschiedenen Publikationen über diese Frage zeigen, auch in weiteren Kreisen zu derjenigen Beunruhigung über die weitere Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialität geführt, die Fernersehende schon seit lange empfunden haben, deren Warnungsrufe aber stets mit ungläubigem Lächeln aufgenommen worden waren. —

Und diesen Zeitpunkt halten die Heisssporne in unserem Lager für den geeigneten, um mit Forderungen hervorzutreten, die den ganzen Charakter unserer Specialität von Grund aus verändern, die in rücksichtslosester Weise den Besitz anderer Zweige der Medicin bedrohen, die uns

dass es sich bei der ganzen Frage darum handelt, wie der Ophthalmolog ein Einkommen erzielen könne, und räth ihm, falls er nicht von den Erträgnissen seiner augenärztlichen Praxis existiren könne, lieber die Oto-Rhino-Laryngologie mit hinzuzunehmen, statt in der allgemeinen Medicin „herumzudilettantiren", da er in letzterem Falle nicht auf Unterstützung seiner ärztlichen Collegen rechnen könne. Also vollständig der Standpunkt, der in unserem eigenen Artikel eingenommen ist! —

die Sympathieen auch unserer Freunde entfremden müssen, während sie den Gegnern Waffen gefährlichster Art in die Hände geben! — Kann selbstmörderische Verblendung weiter gehen? — Als wir im vorigen Jahre hörten, dass der Grund der beharrlichen Opposition der Heidelberger Facultät gegen jede gedeihliche Entwicklung der Laryngologie an der dortigen Universität der gewesen sei, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe, und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde", da waren wir alle — und derzeit anscheinend mit gutem Recht — entrüstet über die Engherzigkeit, welche aus dieser Begründung zu sprechen schien. Wer von uns aber — Hand auf's Herz — wird Angesichts des obigen Programms (das, wie wir hier noch einmal auf Grund positiven Wissens hervorheben, nicht die Träume eines vereinzelten Enthusiasten, sondern die Ziele einer ganzen Anzahl von Specialisten darstellt) den Vorwurf der Engherzigkeit aufrecht zu erhalten wagen? — Haben nicht vielmehr die Herren von der Heidelberger Facultät nunmehr ein gutes Recht, zu sagen, dass sie die eigentlichen, früher nicht eingestandenen, jetzt aber öffentlich proklamierten Ziele der Laryngologie früher erkannt hätten, als die gemässigten Laryngologen selbst; dass sie nach dem Grundsatze „Principiis obsta" verfahren hätten; dass es ihre Pflicht gewesen sei, die ihnen anvertrauten klinischen Institute gegen die Uebergriffe des Specialistenthums zu schützen? —

Und ferner: sehen denn diejenigen, welche so unbedachte Forderungen aufstellen, die mit Nothwendigkeit einen grossen und einflussreichen Theil des ärztlichen Standes gegen uns aufbringen müssen, nicht ein, dass sie die geduldigen und wahrlich nicht erfolglosen Bestrebungen jener zunichte machen, die seit vielen Jahren an der Hebung der Stellung der Laryngologie gearbeitet haben? — Wenn künftighin selbst die legitimsten Wünsche behufs Verbesserung unserer Stellung an den Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen vorgebracht werden, so wird ihnen naturgemäss Misstrauen entgegen getragen werden, und die maassgebenden Körperschaften werden sich ihnen resolut widersetzen, da sie in ihnen nur Anfänge zu weiteren Forderungen sehen dürften. Der praktische Arzt, der Chirurg, der innere Kliniker, der Ophthalmologe, der Zahnarzt, in deren praktische Thätigkeit die neuen Forderungen so rücksichtslos eingreifen, wird sich besinnen, ob er seine Kranken in einschlägigen Fällen einem Manne anvertrauen soll, der sich zwar noch Specialist nennt, in Wirklichkeit aber nicht mehr ein solcher ist. — Und welche Stellung soll denn der Vertreter der neuen Disciplin im Lehrfach einnehmen? Soll er auch über die „Adnexa" und die „Complicationen" vortragen, über die Exstirpation der Schilddrüse, die neuroplastischen Operationen am Facialis, die Punktion des Wirbelcanals, die Fracturen der Kiefer, die Chirurgie der

Orbita, die Hasenscharten, die paradentären Cysten etc. etc. lesen, und dabei auf Schritt und Tritt in das legitime Gebiet des einen oder anderen Collegen übergreifen? — Kann man wirklich glauben, dass die Betroffenen sich das ruhig gefallen lassen, dass sie nicht Repressivmassregeln ergreifen werden? — Kurzum, es ist der sich hier aufdrängenden Fragen wichtigster Natur kein Ende. Das Ergebniss von dem allen kann nur das sein, dass das für das Gedeihen jeder Specialität unerlässliche collegiale Verhältniss, Virchow's „gegenseitige Unterstützung“ der einzelnen Fächer aufhört, und dass der Kampf aller gegen alle beginnt!

Fürwahr es ist Zeit, dass die Laryngologie sich auf sich selbst besinnt. Die Situation spitzt sich immer mehr zu der Alternative zu: Fortfahren in den natürlich entstandenen, bewährten Bahnen mit Fortschritt entlang den Linien, welche sich aus der Weiterentwicklung der speciellen Technik ergeben, mit freiwilliger Selbstbeschränkung auf das wirkliche Gebiet der Rhino-Laryngologie, mit harmonischem Zusammenarbeiten mit anderen Zweigen der Medicin, und mit entschiedenster Vertheidigung der Selbstständigkeit unserer Specialität, oder — „Verschmelzung“ mit der Otologie (resp. „Angliederung“ an dieselbe) dann, in absehbarer Zeit, Versuche, alles was in näherem oder entfernterem Zusammenhange mit unserem Fache steht, an uns zu reissen, immer zunehmende Entfremdung zwischen uns und den Autoritäten der Gesammtmedicin, und immer grössere Entfernung von dem Charakter einer legitimen medicinischen Specialität. — Die Wahl, dächten wir, sollte nicht zweifelhaft sein. Aber wir stehen am Scheidewege.

III. Die Thätigkeit des Centralblattes im ersten Vierteljahrhundert seiner Existenz.

Das Centralblatt stellte sich bei seiner Gründung die Aufgabe, „einen Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie“ zu bilden. Es wollte es „dem beschäftigten Kehlkopfarzte ermöglichen, sich mit den neuesten Fortschritten unserer Wissenschaft vertraut zu erhalten“ und „den Specialisten selbst Gelegenheit zum Meinungsaustausch untereinander geben.“

Wie weit ihm dies gelungen ist, soll der folgende Bericht zeigen, der in kurzen Zügen zunächst die wissenschaftliche, dann die socialpolitische Thätigkeit des Blattes Revue passiren lassen, und sich schliesslich mit seinem Schmerzenskinde, dem „Briefkasten“ beschäftigen wird.

1. Die wissenschaftliche Thätigkeit des Centralblatts.

Das Centralblatt hat in den 25 Jahren seiner Existenz 45935 Referate über kürzere, in Zeitschriften veröffentlichte oder in Versammlungen zur Kenntniss gebrachte Arbeiten gebracht.

Während derselben Zeit sind 329 Lehrbücher, Monographien und grössere Aufsätze kritischen Besprechungen unterzogen worden, die — wie im Prospect des Unternehmens versprochen — nicht nur aus den Federn der ständigen Mitarbeiter stammen, sondern zum grossen Theile von anerkannten Führern aller Länder, die nicht zu dem regelmässigen Stabe des Blattes gehören, mit dankbarst anzuerkennender Bereitwilligkeit übernommen worden sind.

Die Sitzungen laryngologischer Congresse und Sectionen sind, wann immer dies angängig war, von den betreffenden Präsidenten oder Secretären referirt worden, um authentische Berichte zu ermöglichen. Auch diesen Herren gebührt unser bester Dank. — Die Gesammtzahl der Congresse — abgesehen von den internationalen medicinischen Congressen, über deren laryngologische Sectionen mit besonderer Ausführlichkeit berichtet worden ist — Gesellschaften, Sectionen, speciellen Zusammenkünfte etc., auf die sich unsere Berichte erstreckt haben, beträgt 36.

Im Beginne jedes Jahrganges ist ein statistischer Bericht über die rhinolaryngologische Literatur des Vorjahres gegeben worden, der die Theilnahme der einzelnen Länder an der Gesammtproduction illustrirt und interessante Streiflichter auf die Fragen geworfen hat, die zur Zeit im Vordergrunde der Arbeit unserer Specialität standen.

Den in dem verflossenen Vierteljahrhundert verstorbenen Fachgenossen sind, soweit uns bezügliche Information zugängig war, ausführliche oder kürzere Nekrologe gewidmet worden. Der Namen von Louis Elsberg, Ernst Burow, Edouard Fournié, A. Böcker, W. Hack, Rafael Ariza, Rud. Voltolini, Z. Jélenffy, P. O. Michelson, Morell Mackenzie, Franklin Hooper, Johann Schnitzler, Jacob Gottstein, Wilhelm Meyer, Ch. Fauvel, George Johnson, G. Levin, M. I. Oertel, Joseph Michael, Joseph O'Dwyer, A. Kanthack, Carl Stoerk, Max Schaeffer, A. Gonguenheim, Hugo v. Ziemssen, F. Semeleder, C. Gerhardt, Morris Asch, Philip Smyly, Otto Beschorner, Franz Riegel, Philipp Schech, J. A. Killian, W. Spencer Watson, Ottomar Rosenbach, E. Urunuela, Moritz Schmidt, A. v. Tobold, Leopold v. Schroetter und von den nicht zur engeren Laryngologie gehörenden, aber um dieselbe hochverdienten Rudolf Virchow, Eugen Hahn, A. G. Guye, Joh. v. Mikulicz, E. v. Bergmann, und vor allen: des Vaters der Laryngologie, unseres unvergesslichen Manuel Garcia — muss hier dankbar und trauernd gedacht werden. Sie alle haben zur Entwicklung der Laryngologie Wesentliches, viele von ihnen Massgebendes beigetragen. Es ziemt sich, dass bei einer Gelegenheit, wie der gegenwärtigen, die Erinnerung an ihr Wirken bei den Lebenden erneuert wird. —

Abgesehen von seiner ständigen Thätigkeit hat das Centralblatt periodisch wissenschaftliche Fragen von actuellem Interesse in den Kreis seiner Thätigkeit gezogen.

Der wichtigste Beitrag, den es in dieser Beziehung geleistet hat, ist die internationale Sammelforschung, die es im Jahre 1887 zur Lösung der Frage unternahm, ob thatsächlich, wie damals behauptet wurde, gutartige Kehlkopfgeschwülste nicht selten einen bösartigen Charakter in Folge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes annehmen. Dank der Unterstützung, welche uns von 105 der hervorragendsten Laryngologen der Welt durch Mittheilung ihrer einschlägigen Erfahrungen zu Theil wurde, konnte diese Frage auf Grund eines grossartigen Materials und kritischer Sichtung desselben mit voller Bestimmtheit verneinend beantwortet werden. Neben ihrem Hauptzweck förderte die Sammelforschung eine Fülle lehrreichster Ergebnisse bezüglich der Symptome, Diagnose, Pathologie und Therapie des Kehlkopfkrebses zu Tage, welche von dauerndem Werth für die Erkennung und Behandlung dieser Krankheit geblieben sind.

Von anderen wissenschaftlichen Fragen, welche Gegenstand ausführlicher Erörterungen gewesen sind, seien genannt: „Ueber die Titel laryngologischer und rhinologischer Publicationen“ (1884). „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. und die Laryngologie“ (1888). „Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs“ (1890). „Das Tuberculin in der Laryngologie“ (1891). „Der Unterricht in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1892). „Literarische Ethik“ (1894). „Die anatomische Nomenclatur“ (1895). „Die Königliche Universitätsklinik und -poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1901). „Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesammtmedicin“ (1903). „Was leistet die heutige Laryngologie?“ (1903). „Ueber die Beziehungen von Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften“ (1904). „Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie“ (1906). „Die rhino-laryngologische Ausstellung zu Ehren von B. Fränkel's 70. Geburtstag“ (1907). „Die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten“ (1908). — Ausserdem sind verschiedene Aufsätze veröffentlicht worden, die gemischt-wissenschaftlichen und socialpolitischen Inhalts waren, bei denen aber das letztgenannte Element das wichtigere war. Dieselben sollen daher im nächsten Abschnitt Erwähnung finden.

2. Die socialpolitische Thätigkeit des Centralblatts.

Im Prospect des Centralblatts wurde es als eine der ersten Aufgaben des Unternehmens bezeichnet, den Lesern in einer Serie von Leitartikeln ein möglichst objectives Bild von der Stellung, welche die Laryngologie

im Jahre 1884 in den verschiedenen grossen Culturländern einnahm, zu geben. Diese Aufgabe wurde in den Jahren 1884—87 erfüllt, und die Summe der verschiedenen, aus competenten Federn stammenden Berichte in dem Leitartikel der Augustnummer 1887 „Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie" gezogen. Wenn heute — wie dies gar nicht unwahrscheinlich ist — der Vorwurf der Schwarzseherei gegen uns erhoben werden sollte, so brauchen wir nur auf diesen Artikel zu verweisen. Er zeigt, dass wir schon damals, vor 22 Jahren, die Gefahren, welche der Entwicklung der Laryngologie drohten, klar erkannt haben. Diese Gefahren haben sich seither verwirklicht. — Belehrenden Aufschluss über die äusseren Veränderungen, die in der Stellung der Laryngologie bei den einzelnen Nationalitäten zwischen 1884 und 1908 vor sich gegangen sind, giebt ein Vergleich der früheren Schilderungen mit dem im vorigen Jahre im Centralblatt veröffentlichten, bereits erwähnten Artikel aus der Feder des Collegen Sendziak.

Kaum zwei Jahre nach der Gründung des Centralblattes wurde es unsere unliebsame Pflicht, gegen die Willkürlichkeit Verwahrung einzulegen, mit welcher die Laryngologie gelegentlich des internationalen Congresses in Washington behandelt wurde. Dies war nur der Anfang eines periodisch wiederkehrenden Kampfes um die Selbstständigkeit und würdige Stellung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten. Nur in Berlin (1890) und in Budapest (1909) wurde uns eine solche Stellung widerstandslos bewilligt; bei allen anderen internationalen Congressen galt es, unsere Position immer von Neuem wieder, nicht selten gegen erbitterten Widerstand, zu erringen. In allen diesen Kämpfen hat das Centralblatt, unterstützt von hervorragenden Laryngologen und laryngologischen Gesellschaften aller Länder, sowie später auch von einflussreichen nichtspecialistischen Fachgenossen und medicinischen Journalen die Fahne der Laryngologie hochgehalten und fast ausnahmslos zum Siege geführt. Bei der einzigen Gelegenheit (Lissabon 1906), bei welcher sich die localen Autoritäten hartnäckig unseren Gründen verschlossen, errangen sie nur einen Pyrrhussieg. Die Laryngologen enthielten sich der Theilnahme an einem Congresse, bei dem ihnen keine würdige Stellung eingeräumt wurde, und die für sie bestimmte „Subsection" war ein vollständiges Fiasco.

Aus dem immer wiederholten Drängen der Congressautoritäten auf die Verschmelzung der Laryngologie mit der Otiatrie bei diesen Gelegenheiten, und aus der in der Praxis immer häufiger werdenden Vereinigung der beiden Specialitäten in denselben Händen erwuchs nun allmählich das Bestreben, beide auch wissenschaftlich miteinander zu verbinden, so gering die wissenschaftlichen Grundlagen auch waren, auf welche sich diese Forderung stützte. Das Centralblatt sah die aus diesem Bestreben für die

Selbstständigkeit der Laryngologie erwachsene Gefahr schon lange voraus und bekämpfte sie, ehe es in dieser Frage zu der gegenwärtigen allgemeinen Discussion kam. Schon vor 10 Jahren wurde die Frage der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten eingehend besprochen (Centralblatt 1899, Juni, Juli, August) und der Standpunkt vertreten, den wir auch heute noch einnehmen und der in den Ausführungen des gegenwärtigen Artikels gipfelt. — Im Verfolg der Anregung, welche die Leitartikel des Jahres 1899 gaben, nahm die Mehrzahl der damals existirenden laryngologischen und otologischen Gesellschaften Stellung zu der Frage, und die fast einstimmige Ansicht derselben ging damals dahin, dass es „den Interessen beider Specialitäten am besten entspräche, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, voneinander getrennter Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen vertreten sind.“ (Centralblatt, Juli 1900.)

Aber hierbei blieb die Frage nicht ruhen. Im Jahre 1905 hatten sich die Ansichten der Specialisten mehrerer Länder geändert; es kam zur offenen Spaltung zwischen den Anhängern der weiteren getrennten Existenz und der Verschmelzung beider Sectionen. In einer Serie von Leitartikeln, betitelt: „Internationale laryngologische Zusammenkünfte“ (Juni. Juli, October 1905) und in Gestalt des Abdrucks von B. Fränkel's in der ersten Sitzung der neubegründeten Deutschen laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Rede: „Die Zukunft der Laryngologie“ (October 1905) kam das Centralblatt auf die immer brennendere Frage der gegenseitigen Beziehungen beider Specialitäten zurück und legte von neuem die Uebelstände dar, die sich mit Sicherheit aus einer Verschmelzung beider Specialitäten bei den internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten ergeben würden. Der Wirrwarr zu jener Zeit war auf seinem Höhepunkte angelangt und die thörichte Hartnäckigkeit des Lissaboners Comités, die es den Laryngologen unmöglich machte, an dem dortigen internationalen Congresse Theil zu nehmen, zwang auch diejenigen, die bis dahin aufs Wärmste für das Festhalten unserer Specialität an den allgemeinen internationalen Congressen eingetreten waren, in Zukunft die Abhaltung internationaler Specialcongresse in Aussicht zu nehmen.

Der erste derselben hat im vorigen Jahre im Anschluss an die Türck-Czermakfeier stattgefunden und ist von glänzendem Erfolge gekrönt gewesen. Aber auch in ihn sind die Schatten der drohenden Vergewaltigung der Laryngologie seitens der Otologie gefallen, wie aus den Artikeln des Centralblattes: „Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress“ (Juli u. August 1908), und aus dem Abdruck der Juraszschen Rede: „Die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse“ (August 1908) erhellt.

Kurz darauf fiel thatsächlich der erste Schlag. Die Universität Heidelberg, eine der anscheinend sichersten Vesten der Laryngologie, gliederte bei dem Abgang des bisherigen Vertreters dieser Wissenschaft von seinem dortigen Posten die seit über 30 Jahren selbständig bestandene laryngologische Klinik der otologischen an, und übertrug die Leitung des combinirten Instituts dem bisherigen Vorstand der otologischen Klinik. Was die gesammte Laryngologie bei dieser Entwicklung der Dinge empfand, ist im Leitartikel des Centralblattes: „Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg“ (October 1908) gesagt worden.

Bald nachher erweckte die Ertheilung des Lehrauftrags für Laryngologie an der Universität Greifswald an einen Otologen neue Besorgniss. Inzwischen waren hauptsächlich von den Herren Passow, Barth und Kümmel direkte Vorschläge zur definitiven Verschmelzung der beiden Specialitäten gemacht worden, denen B. Fränkel, Chiari, P. Heymann, Bloch, Lucae durchaus ablehnend entgegengetreten sind.

Glücklicher Weise waren es nicht ausschliesslich so unerfreuliche Verhältnisse, wie die im letzten Abschnitt besprochenen, mit denen sich die socialpolitische Thätigkeit des Centralblattes zu beschäftigen hatte. Von kleineren Dingen abgesehen, war es besonders die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, zu der es nach dem Hinscheiden des verdienten Mannes im Jahre 1895 anregte, und dessen Enthüllung am 25. Oktober 1898 erfolgte, sowie die unvergessliche Feier des 100 jährigen Geburtstages Manuel Garcia's am 17. März 1905, die seiner Initiative ihren Ursprung verdanken, und deren glänzender Erfolg auf socialpolitischem, ebenso wie der Erfolg der „Sammelforschung“ auf wissenschaftlichem Gebiete zu den unvergesslichen Erinnerungen unseres Blattes gehören.

3. Der „Briefkasten“ des Centralblattes.

Wir haben oben den Briefkasten das „Schmerzenskind“ des Centralblattes genannt. Wenn man unter dieser Bezeichnung das Scheitern einer Lieblingsidee verstehen will, auf die man grosse Hoffnungen gesetzt und die man ausdauernd, aber erfolgslos zu verwirklichen gesucht hat, so trifft sie auf unseren Briefkasten zu. Dem Wortlaut des Prospekts zufolge sollten „in einem „Briefkasten der Redaktion“, welcher nach Art der grossen englischen medicinischen Blätter geleitet werden soll, interessante Personalien, wissenschaftliche und praktische Anfragen, Bitten an die Collegen um Gewährung von Material zu grösseren statistischen Arbeiten, Vorschläge zur Prüfung neuer Mittel und Methoden, individuelle Ansichten über Tagesfragen etc. ihren natürlichsten Ausdruck und die schnellste und allgemeinste Verbreitung finden“.

Zur Zeit der Gründung des Centralblatts fehlte es gänzlich an einem

solchen Mittelpunkt für Meinungsaustausch. Es schien nicht unvernünftig, zu erwarten, dass gerade dieser Punkt unseres Programmes von den Laryngologen aller Länder freudig begrüsst, und dass von der nunmehr dargebotenen Gelegenheit ein allgemeiner und immer häufigerer Gebrauch gemacht werden würde. Leider haben wir uns hierin getäuscht! —

25 Jahre sind ins Land gegangen, das Centralblatt hat sich — wie dies die im Anfange dieses Jahres ihm so gütig dargebrachte Anerkennung erwiesen hat —, in der That zu einem Mittelpunkt der Laryngologie aufgeschwungen; aber die Heranziehung der Leser zur öffentlichen, persönlichen Theilnahme an den Fragen, welche unsere Specialität bewegen, seien dieselben wissenschaftlicher oder socialpolitischer Natur, ist missglückt. — Immer wieder haben wir bei der redactionellen Besprechung von Tagesfragen, von denen man wusste, dass die Meinungen über sie innerhalb der Specialität selbst weit auseinandergingen, den Briefkasten zur Verfügung der Leser gestellt, haben bei Fragen, in denen der redactionelle Artikel eine besondere Ansicht vertrat, direct darum gebeten, dass die Anhänger abweichender Anschauungen dieselben im Briefkasten zum Vortrage bringen sollten. Wie selten ist das aber geschehen!

Es ist von jeher das Unglück des ärztlichen Standes gewesen, dass derselbe kein richtiges Bewusstsein für die Stärke vereinten Vorgehens gehabt hat, dass der Einzelne den wichtigsten Standes- und Tagesfragen gegenüber entweder völlig gleichgültig geblieben ist, oder ihnen im besten Falle ein kühles akademisches Interesse hat zu Theil werden lassen. Die Laryngologen haben diese allgemeine Erfahrung leider auch in ihrer Sphäre bestätigt, sind der Meinung gewesen, dass, wenn immer wieder Standesfragen wichtigster Art ihnen vorgelegt wurden, dieselben eigentlich nur die „Herren Professoren“ interessirten, haben offen dagegen rebellirt, wenn bei allgemeinen Zusammenkünften Fragen solcher Art überhaupt nur auf die Tagesordnung gesetzt und besprochen wurden. — So ist auch von der goldenen Gelegenheit, die ihnen im Briefkasten des Centralblatts geboten wurde: öffentliche Fragen durch Erörterungen des Für und Wider ihrer Lösung näher zu führen, im Verlaufe der bisherigen Existenz des Centralblatts leider nur sehr, sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Ein paar Male haben wohl Collegen das Wort bei solchen Gelegenheiten ergriffen; im Ganzen aber hat der „Briefkasten“ nicht entfernt die Bedeutung errungen, die bei der Gründung des Blattes für ihn erhofft wurde. Schliesslich hat sich seine Function mehr oder minder auf Mittheilung von Personalnachrichten, vorläufige Mittheilungen über Congresse u. dgl. beschränkt. Wir möchten dem innigen Wunsche Ausdruck verleihen, dass im zweiten Vierteljahrhundert der Existenz des Centralblatts die Nützlichkeit eines solchen Mittelpunkts für Aussprache unter den engeren Fach-

genossen besser erkannt werden möge, als dies im ersten der Fall gewesen ist! —

IV. Die Aufgaben der Laryngologie für die nächste Zukunft.

Es wäre vermessen, ein definitives Programm für die wissenschaftliche Thätigkeit der Laryngologie in der Zukunft aufzustellen. Der Fortschritt einer Wissenschaft vollzieht sich nur theilweise in Gestalt ruhigen Ausbaus ihrer einzelnen Capitel. Oft genug eröffnen völlig unerwartete Entdeckungen und Erfindungen Fortschritte in Gebieten, an die früher niemand überhaupt gedacht hat. Gute Beispiele hiervon in unserer eigenen Sphäre im Laufe der letzten 25 Jahre sind die Einführung der localen Anästhetica und des Adrenalins, die Lehre von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, die Organotherapie, die Serumbehandlung, die Paraffinprothesen, die Entdeckung der Röntgenstrahlen, die directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Bronchien, den Oesophagus. An jede dieser Neuerungen hat sich lebhafte wissenschaftliche Arbeit und ungeahnte Entwicklung unseres Könnens angeschlossen. So wird es hoffentlich auch in der Zukunft gehen.

Wenn wir es überhaupt unternehmen, hier einige wenige Themata namhaft zu machen, in welchen weitere Untersuchungen geboten erscheinen, so geschieht dies nur aus dem Grunde, dass wir den ungeduldigen Jüngeren, welche das legitime Gebiet der Rhino-Laryngologie für eine mehr oder minder abgegraste Weide halten und nach Lorbeern in zu annectirenden Ländern streben, zu zeigen, wie viel noch auf unserem eigenen Felde zu thun bleibt, welch' reiche Ausbeute für wissenschaftlichen Ehrgeiz hier noch zu holen ist.

Beginnen wir mit der Nase, so ist die Skiagraphie der Nebenhöhlen ein eben erst erschlossenes Gebiet, die Therapie des Schnupfens, der Ozaena, des Heufiebers dankenswertheste Ojecte für praktische, die Pathologie der drei genannten Affectionen für wissenschaftliche Untersuchungen. Die Methoden der Operationen für die Empyeme der Nebenhöhlen sind nichts weniger als abgeschlossen.

Im Pharynx haben wir die acuten septischen Infectionen, die nach allen Richtungen hin weiteren Studiums bedürfen. Vor allen Dingen gilt dies von der Pneumococcusinfection des Halses, deren Kenntniss eben erst erschlossen ist, und die ein äusserst dankbares Gebiet für weitere Forschungen darstellt. Ebenso bedürfen die chronische Hyperplasie der Schleimhäute der oberen Luftwege, das Sclerom, die angioneurotischen Oedeme eingehenden weiteren Studiums. Dasselbe gilt von der Vincent'schen Angina, vom Pemphigus, vom Lichen planus. Dringend sind ferner weitere Untersuchungen

über die Wirksamkeit der verschiedenen Lichtarten (Sonnenlicht, Finsenlicht, ultraviolette Strahlen etc.) und über die Radiotherapie zu wünschen.

Im Kehlkopf und in den tieferen Luft- und Speisewegen haben uns die Killian'schen Methoden ein völlig neues Feld erschlossen, in dem noch viel Wichtiges zu finden sein wird. Die Methoden der Stenosenbehandlung sind durch die Einführung der Laryngostomie eben erst in ein neues Stadium getreten. Völlig unbekannt ist noch die Pathologie der chronischen infektiösen Entzündungen, die in seltenen Fällen das Bild eines infiltrirenden Kehlkopfcarcinoms vortäuschen. Im Gebiet der Nervenlehre des Kehlkopfs ist noch viel zu holen. So dankenswerth die fleissigen Arbeiten sind, die im Laufe der letzten 25 Jahre unsere Detailkenntnisse bereichert haben, so sind viele der wichtigsten anatomischen, physiologischen und pathologischen Fragen noch unerledigt. Wenn auch in den letzten Jahren das Zünglein der Wage sich entschieden zu Gunsten der Anschauung geneigt hat, dass der Ursprung der motorischen Kehlkopfnerven im Nucleus ambiguus des Vagus zu suchen ist, so ist doch diese Frage noch nicht vollständig befriedigend gelöst; völlig offen ist die Frage einseitiger corticaler Kehlkopflähmungen; ganz unbeantwortet die nach dem Grunde der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer bei organischen Lähmungen; die kürzlich von Neuem verfochtene Behauptung, dass die Kehlkopflähmungen bei der Tabes peripheren Ursprungs seien, bedarf gründlichster Nachprüfung. Auf den meisten dieser Gebiete hat sich die Forschung seit einer Reihe von Jahren die Forschung mit Vorliebe auf experimentellem Grunde bewegt. Dringend ist zu wünschen, dass bei weiterer Untersuchung die klinische Beobachtung und vor allen Dingen, die pathologische Anatomie mehr zu ihrem Rechte kommen mögen! —

Die genannten sind nur einige wenige Beispiele, welche zeigen, wie viel noch in der legitimen Sphäre der Rhino-Laryngologie zu thun bleibt. Ihnen schliessen sich die zahllosen Fragen auf den sogenannten „Grenzgebieten“ an, die seit einer Reihe von Jahren die Aufmerksamkeit der Laryngologen beschäftigt haben, und deren weitere Förderung das Ansehen der Laryngologie nur heben kann, so lange sich an unsere Ergebnisse nicht das Verlangen schliesst, dass alles, das mit der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf in irgend einer Verbindung ist, uns gehören soll. —

Dass abgesehen von den genannten zahllose Fragen auf unserem Gebiete existiren, deren Erforschung Gegenstand dankenswerthester Forschung bildet, beweist ein Blick auf die Titel zeitgenössischer Beiträge in den Specialorganen der verschiedensten Länder.

Wenden wir uns nunmehr zu einer Betrachtung unserer socialpolitischen Aufgaben für die nächste Zukunft, und erwägen wir zunächst die

augenblickliche Stellung der Laryngologie, so befinden wir uns gegenüber einer Situation seltsamster und schwierigster Art.

Seit fünfzig Jahren hat sich unsere Specialität wissenschaftlich in stetem Fortschritt entwickelt. Den ihr noch vor 25 Jahren verächtlich gemachten Vorwurf der Unbedeutendheit hat sie durch ungeahnte Fortschritte in ihrem Wissen und Können entkräftet. Statt aber dass diese Entwicklung ihr in der Gunst der Autoritäten genützt haben sollte, ist paradoxer Weise gerade das Gegentheil davon eingetreten! — Verweigerte man uns vor 25 Jahren das volle Bürgerrecht im Kreise der anerkannten Specialitäten, weil wir angeblich zu unbedeutend waren, so sucht man jetzt unsere legitime Entwicklung zu beschränken, weil man uns fürchtet! — Gleichzeitig hiermit sucht die Otologie, die an unserer wissenschaftlichen Entwicklung nur sehr geringfügigen Antheil genommen hat, uns zu absorbiren, wenn auch dieses Wort nicht für die vorgeschlagene Vereinigung gebraucht wird. Und während wir von zwei Seiten so in unserer Existenz bedroht sind, glaubt eine Anzahl von Heissspornen den Augenblick gekommen, um eine Ausdehnung für unsere Specialität zu fordern, die völlig ausserhalb der legitimen Sphäre derselben liegt, und mit Nothwendigkeit die Zahl unserer Gegner vermehren muss! — Ist ein grösserer Wirrwar denkbar? —

Es ist nicht leicht zu sehen, wie Besserung erzielt werden soll.

Aber der Versuch muss gemacht werden: die Sache verlohnt es! —

Das erste und nothwendigste erscheint uns, dass die Laryngologen selbst realisiren, wie die Sache steht, dass es sich um einen Kampf für unsere selbstständige Existenz handelt, dass es die Pflicht jedes Einzelnen ist, mitzukämpfen, nicht den Kampf einigen wenigen Führern zu überlassen, und sich mit dem Gedanken zu beruhigen, dass dieselben schon das Nöthige thun würden! — Mit dem Gedanken gehen die besten Sachen verloren! — Jetzt heisst es nicht: „jeder für sich, und Gott für uns alle“, sondern „Gott hilft denen, die sich selber helfen“!

Von einem allgemeinen internationalen Vorgehen erwarten wir nichts. Einmal sind, wie schon verschiedentlich in diesem Blatte auseinandergesetzt worden ist, die officiellen Verhältnisse in den verschiedenen Ländern zu verschieden, als dass ein Collectivschritt überhaupt denkbar wäre; zum andern gehen auch die Ansichten über die Räthlichkeit des getrennten Bestehenbleibens resp. der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in den verschiedenen Ländern, wie dies die Verhandlungen bei Gelegenheit der Garciafeier gezeigt haben, zu weit auseinander, als dass auf eine internationale Zustimmung zu den Ansichten derjenigen zu rechnen wäre, welche die Weiterentwicklung der Laryngologie in ihren selbstständigen Bahnen wünschen.

Wohl aber bietet der bevorstehende internationale medicinische Congress zu Budapest eine sehr erwünschte Gelegenheit zur Aussprache über die internationale Seite der Frage der Zukunft der Laryngologie und andere Fragen von internationalem Interesse.

Dass von laryngologischer oder otologischer Seite ein ernsthafter Versuch gemacht werden wird, die laryngologischen und otologischen Sectionen der internationalen medicinischen Congresse mit einander bei späteren Congressen zu verschmelzen, ist nicht eben wahrscheinlich, wenn auch nicht ganz ausgeschlossen. Die Thatsache, dass durch eine solche Verschmelzung die Arbeitsleistung beider Sectionen mit Nothwendigkeit auf die Hälfte hinabgedrückt werden würde, bildet ein zu unwiderlegliches Argument, als dass selbst die Anhänger der Fusion warm für sie eintreten könnten. Dagegen wird es von grösster Wichtigkeit sein, dass, falls eine Abstimmung über die Frage stattfinden sollte, ob ein permanentes internationales Comité eingerichtet werden solle, das in Zukunft für eine grössere Continuität der internationalen Congresse zu sorgen hätte, als eine solche bisher bestanden hat (vergl. Centralblatt XXIV, p. 524), — die Laryngologen an der betreffenden Sitzung theilnehmen und für die Niedersetzung eines solchen Comités stimmen. Anderen Falles setzen sie sich der Möglichkeit aus, schon bei dem nächsten internationalen Congresse wieder dieselben demüthigenden Kämpfe um ihre Stellung durchmachen zu müssen, über welche wir seit fast 30 Jahren so unliebsame Erfahrungen gemacht haben! — Die Gleichberechtigung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit anderen anerkannten Specialitäten darf nicht weiterhin lokalen Zufälligkeiten oder der Willkür kleiner Tyrannen überlassen bleiben! —

Ebenso ist es dringend wünschenswerth, dass, wenn die Frage zur Abstimmung kommt, in welchen Zwischenräumen in Zukunft die internationalen medicinischen Congresse abgehalten werden sollen, die Laryngologen für den vierjährigen Turnus stimmen, da auf diese Weise ein befriedigender Modus vivendi zwischen den allgemeinen und den speciellen internationalen Congressen erzielt wird. Entschliessen sich nämlich die allgemeinen Congresse zu einem vierjährigen Turnus, so können wir einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre international tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bleibt ein freies Jahr (vergl. Centralblatt XXV, p. 49). — Von der Entscheidung dieser Frage wird es wiederum theilweise abhängen, wann der nächste internationale laryngologische Congress stattfinden soll[1]. So be-

1) Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass der bisherige Herausgeber des Centralblattes beabsichtigt, bei seinem Rücktritt von der Theilnahme am activen Leben der Laryngologie die ihm im vorigen Jahre beim Wiener Congresse verliehene Ehrenstellung als Mitglied und Einberufer des damals niedergesetzten inter-

stimmt wir an unserer Ueberzeugung festhalten, dass den allseitigen Interessen am besten dadurch gedient wird, dass die Laryngologie in innigem Zusammenhange mit den allgemeinen Congressen bleibt, so macht es doch die Unsicherheit der gegenwärtigen Situation durchaus erforderlich, dass wir wenigstens **einen** sicheren Ankerpunkt inmitten des allgemeinen Wirrwars besitzen.

So wenig endlich eine officielle Beschlussfassung in der folgenden Frage denkbar ist, so wäre es doch sehr wünschenswerth, wenn gelegentlich unserer Budapester Zusammenkunft die Stimmen derjenigen ein wenig lauter erklängen, die sich im Privatverkehr deutlich genug über die immer zunehmende Vermehrung der Specialjournale beklagen, welche die schon jetzt übergrosse Zersplitterung vergrössert, die Redaktionen zwingt, alle mögliche Spreu zu veröffentlichen, die literarische Arbeitslast der Specialisten bedenklich vermehrt, ihnen immer grössere pekuniäre Opfer auferlegt. — Es ist eine delikate Aufgabe für ein älteres Specialjournal, diese Frage überhaupt zur Sprache zu bringen, da der Einwurf des Brotneids so nahe liegt. Wenn wir aber mit Sendziak (Centralblatt XXIV. p. 166) die Zahl der jetzt practicirenden Hals-, Nasen- und Ohrenärzte der Welt auf 5000 veranschlagen, und dieser Zahl die Thatsache gegenüberstellen, dass in diesem Augenblicke nicht weniger als 40 Specialjournale veröffentlicht werden, mit anderen Worten, dass ein Specialjournal auf je 125 Specialisten kommt, so reden, denken wir, diese Zahlen eine so deutliche Sprache, dass ihnen gegenüber jede Insinuation persönlicher Motive verstummen muss, und dass eine Warnung gegen weitere Zunahme eines so offenbaren Missstandes durchaus geboten ist. —

Somit bietet sich eine ganze Anzahl von Fragen, die mit Vortheil im internationalen Kreise erörtert werden können. Die Hauptfrage aber, die noch der weiteren Gestaltung der Laryngologie, muss innerhalb der Grenzen jedes einzelnen Landes ausgefochten werden. Und hier erscheint uns als einziges, wirklich Erfolg versprechendes Mittel: gemeinsames Vorgehen derjenigen, die eine Entwicklung der Specialität in ihren alten Bahnen wünschen. Es ist ja bereits eine Anzahl von sehr beachtenswerthen Aufsätzen aus den Federn einzelner Führer erschienen. Dieselben haben die Gründe entwickelt, aus denen es wünschenswerth ist, der Laryngologie ihre Selbständigkeit zu erhalten, und haben die Gründe der Gegner widerlegt. Aber diese Aufsätze erreichen naturgemäss doch nur ein mehr oder

nationalen Comités für die Abhaltung weiterer laryngologischer Specialcongresse auf den derzeitigen officiellen Vertreter des Faches in Grossbritannien, den Präsidenten der laryngologischen Section der Royal Society of Medicine zu London, Dr. Dundas Grant, zu übertragen. Erhebt sich kein Widerspruch, so wird er annehmen, dass diese Absicht allgemeine Zustimmung gefunden hat.

minder beschränktes Publikum. Vor allem ist keine Sicherheit geboten, dass sie überhaupt denjenigen zu Augen kommen, bei denen in letzter Linie die Entscheidung über die zukünftige Gestaltung der Laryngologie liegt, d. h. den einschlägigen Ministerialbehörden und den Fakultäten. Es ist durchaus nothwendig, dass diesen beiden Autoritäten eine klare Einsicht in die Sachlage geboten wird. Wenn sie sehen, dass sich in diesem Augenblicke zwei Richtungen gegenüber stehen, von denen die eine das Ziel der Laryngologie in einem Fortschreiten in den alten Bahnen und im harmonischen Zusammenarbeiten mit den anderen Zweigen der Medicin erblickt, während die andere zunächst auf „Angliederung" der Laryngologie an die Otologie, dann aber auf ungemessene Ausdehnung beider und Usurpation aller möglicher mit der Nase, dem Hals und dem Ohr in irgend welchem Zusammenhange stehender Gebiete drängt, so kann es, unseres Erachtens, nicht zweifelhaft sein, dass die erstgenannte Richtung sich grösserer Sympathien zu erfreuen haben wird, als die zweite.

Unser Rath geht also dahin, dass sich in den bedrohten Ländern die officiellen Vertreter und Docenten der Laryngologie an den Universitäten ohne Verzug zusammenthun und den einschlägigen Behörden die Situation klar machen mögen, sei dies in Form einer Denkschrift, einer Deputation, einer Adresse einer laryngologischen Gesellschaft, oder einer Combination von mehreren von diesen Mitteln. In allen diesen Vorlagen sollte Nachdruck auf die bisherige Entwicklung und auf die hauptsächlichsten Leistungen der Rhino-Laryngologie gelegt und gezeigt werden, dass wissenschaftlich kein Vortheil, weit wahrscheinlicher das Gegentheil von einer Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie zu erwarten sei. Auch sollte mit Nachdruck auf die bisherige bedauerliche Bevorzugung der Otologen bei der Besetzung gemeinsamer Lehrstühle für Rhino-Laryngo-Otologie an kleineren Universitäten hingewiesen und die feste Hoffnung ausgesprochen werden, dass im Interesse gedeihlicher Weiterentwicklung der Laryngologie in Zukunft das Prinzip der Gleichberechtigung beider Specialitäten bei der Besetzung solcher Stellen befolgt werden würde. Ob daneben eine allgemeine Petition in gleichem Sinne der Laryngologen des betreffenden Landes angezeigt ist, muss dem Ermessen der Betreffenden überlassen bleiben. Eine Vorstellung, wie die vorgeschlagene, an die Facultäten ist um so dringender indicirt, als, wie wir aus guter Quelle erfahren, wenigstens an eine Facultät bereits ein Memorandum im gegentheiligen Sinne abgegangen ist. Es ist also Gefahr im Verzuge! —

Dass daneben jeder einzelne Laryngologe, der unsere Anschauungen theilt, die Pflicht hat, bei sich darbietender Gelegenheit einflussreiche Persönlichkeiten über die Sachlage aufzuklären, und dass er auf diese Weise unserer Sache äusserst nützliche Dienste erweisen kann, ist selbstverständ-

lich. Noch einmal wiederholen wir, dass nichts schädlicher ist, als die Vorstellung mancher nicht im Lehramt thätiger Laryngologen, dass die ganze in diesem Artikel behandelte Angelegenheit eigentlich nur eine „Professorenfrage“ sei, und die privaten Laryngologen nichts anginge. Auch sie würden es nur zu bald in ihrer ganzen Stellung merken, wenn die Laryngologie ihrer Selbständigkeit beraubt werden sollte!

Wir fordern somit zum energischsten Widerstande gegen die uns angedrohte Vergewaltigung auf der ganzen Linie auf, und wiederholen: Gott hilft denen, die sich selber helfen! —

V. Ein Abschiedswort.

Es sei mir vergönnt, in diesem letzten Abschnitt ganz persönlich zu sprechen.

Wenn Männer in reiferen Jahren sich einer Bewegung entgegenstemmen, in der ein Theil der jüngeren Generation sein Heil sucht, so müssen sie darauf gefasst sein, als Reactionäre bezeichnet zu werden. Man spricht dann wohl von ihnen als „verdienten älteren Herren“, womit man höflich zu verstehen giebt, dass sie hinter dem Fortschritt der Zeit zurückgeblieben seien, und eigentlich in ein Museum für Fossilien gehörten.

Es sollte mich nicht wundern, wenn der vorstehende Aufsatz ähnlicher Kritik anheimfiele, und wenn mit bedauerndem Achselzucken erklärt würde, der Autor habe ja zur Zeit, als er selbst noch ein junger Mann gewesen sei, in den Reihen der Fortschrittler gefochten und habe einiges ganz Verdienstliches geleistet. Später aber, als er zu Amt und Würden gekommen sei, sei er verknöchert, sei nicht mehr im Stande gewesen, einer neuen Bewegung seine Sympathien entgegenzubringen, habe sich hartnäckig darauf versteift, dass es immer im alten ausgetretenen Geleise weiter gehen müsse, und bedrohe nunmehr diejenigen, welche trotz seiner Cassandrarufe auf der von ihnen als richtig erkannten Bahn weiterschritten, in langathmigen Artikeln mit allerhand nur in seiner Einbildung existirenden Consequenzen, wenn sie nicht von ihrem Thun abliessen. —

Von dieser ganzen Kritik würde ich nur den Vorwurf der Langathmigkeit als begründet anerkennen. Dieser Artikel ist mir in der That unter den Händen zu einer weit grösseren Länge angeschwollen als ich sie beabsichtigt hatte, und ich fürchte, dass diese Länge der von mir vertretenen Sache schaden mag, indem sie vielleicht manche Leser von einer aufmerksamen Lectüre abschreckt, während ich doch nicht sehe, wie ich Kürzungen vornehmen kann, ohne wichtige Dinge unbesprochen zu lassen. Die ganze Frage ist eben so umfangreich und bietet so viele verschiedene Gesichtspunkte dar, dass sie nicht in Kürze abgehandelt werden kann, und da es

das letzte Mal ist, dass ich als Herausgeber dieses Blattes zu meinen Lesern spreche, und in der That gern alles sagen wollte, was ich bezüglich ihrer auf dem Herzen habe, so wird man mir, wie ich hoffe, meine Ausführlichkeit vergeben.

Im Uebrigen aber würde mich eine Kritik, wie die obige, ganz kalt lassen, da ich mir bewusst bin, dass sie falsch ist.

Niemand kann sich klarer darüber sein, als ich es bin, dass die Wissenschaft niemals still steht, und niemand kann sich mehr darüber freuen, als ich es thue. Während meiner ganzen Laufbahn habe ich jeden wahren Fortschritt auf unserem Gebiete mit aufrichtiger Sympathie begrüsst und das meine dazu gethan, ihm die Pfade zu ebnen. Auch wenn ich mich aus der Arena zurückgezogen haben werde, wird nichts mir grössere Freude machen, als zu sehen, welche weitere Fortschritte unsere Specialität in wissenschaftlicher und socialpolitischer Beziehung macht. Es ist ein Zeichen von Senilität, wenn man glaubt, dass ein Abschluss wissenschaftlicher Forschung oder socialpolitischer Entwicklung in dem Augenblicke erfolgen muss, in dem man selbst aufhört, in der vorderen Reihe der Kämpfer zu stehen, und von solcher Senilität verspüre ich keine Zeichen an mir.

Aber andererseits habe ich lange genug in der Welt gelebt und Erfahrungen genug gesammelt, um gelernt zu haben, dass nicht Alles, was neu ist, nothwendiger Weise ein Fortschritt ist! — Wie wir heute über die Moden vergangener Jahrhunderte lächeln, die ohne Zweifel zu ihrer Zeit den „dernier cri“ repräsentirten, die wir aber gegenwärtig für geradezu ungeheuerlich halten; wie in unserer eigenen Zeit in der Musik, der Malerei, dem Drama Richtungen aufgetaucht sind, die mit glühendstem Enthusiasmus, mit dreistester Zuversicht als die einzig denkbare und wünschenswerthe Entwicklung der betreffenden Kunst angepriesen und der Welt verkündigt worden sind, die aber kühle Beobachter schon heute als sonderbare Auswüchse erkennen, die in der späteren Kunstgeschichte nur als Curiosa figuriren werden, — so giebt es auch in der Medicin blendende Irrlichter, die eine Zeit lang zuverlässige Leuchten vortäuschen, bis der Unvorsichtige, der ihnen blindlings gefolgt ist, erkennen muss, dass sie ihn in einen Sumpf gefährlichster Art geführt haben! — Ein solches Irrlicht ist meiner festen Ueberzeugung nach der falsche Ehrgeiz, der einen Theil der jüngeren Generation dazu antreibt, die breite Heerstrasse der legitimen Rhinolaryngologie, auf der wir besseres zu leisten vermögen als andere, zu verlassen, und auf Seitenpfaden danach zu streben, anderes im besten Falle ebenso gut zu thun, als andere, um schliesslich zu finden, dass wir in den Sumpf des Misstrauens und der Abneigung des ganzen ärztlichen Standes gerathen sind! —

Wohl weiss ich, dass selbst in diesem Falle die wissenschaftliche Laryngologie nicht zu Grunde gehen würde — das ist unmöglich —, aber das Ideal, das uns Aelteren von der Stellung unserer Specialität im Rahmen der medicinischen Wissenschaft vorschwebte, wäre zertrümmert und die sorgsame Arbeit vieler Jahre zu nichte gemacht! —

Ich scheide von der Laryngologie mit dem innigen Wunsche, dass es nicht hierzu kommen, und dass es ihr beschieden sein möge, in dem Sinne, in dem sie bisher gepflegt worden ist, fortzustreben, und schliesslich zu der ihr gebührenden Anerkennung zu gelangen!

Ich hoffe, dass es diesem Centralblatt gelingen möge, sich auch fernerhin des ihm bisher geschenkten Vertrauens würdig zu zeigen; ich bitte, meinem Nachfolger dasselbe Wohlwollen entgegenzubringen, das mir während der ganzen Zeit meiner Amtsführung und besonders bei Gelegenheit des 25jährigen Jubiläums des Blattes aus aller Welt in so überreichem Maasse zu Theil geworden ist; und ich danke schliesslich noch einmal von ganzem Herzen meinen lieben Mitarbeitern, unseren Lesern und unserem Verleger für ihre treue Mithülfe.

Felix Semon.

Redactionelle Notiz.

Die Herren Mitarbeiter und Leser des Centralblatts werden darauf aufmerksam gemacht, dass vom 1. Juli ab sämmtliche für das Blatt bestimmte Mittheilungen an den neuen Herausgeber

Herrn Dr. Georg Finder,

Berlin W.,

Nettelbeckstrasse 17.

zu richten sind.

Der bisherige Herausgeber verlässt London im Laufe des Monats Juli und tritt im Herbst eine aussereuropäische Reise an, von der er erst im Juli 1910 nach England zurückzukehren beabsichtigt. Vom Juli 1909 bis zu seiner Rückkehr wird es ihm unmöglich sein, an ihn gerichtete Briefe zu beantworten, worauf er seine Herren Correspondenten besonders aufmerksam machen möchte.

Vom Juli 1910 an ist seine Adresse:

Sir Felix Semon,

Rignall. Great Missenden. Bucks.

England.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juli. 1909. No. 7.

I. An unsere Leser!

Bei seinem Abschied von den Lesern des Centralblatts hat Sir Felix Semon einen Rückblick gehalten auf die Thätigkeit, die das Blatt unter seiner 25jährigen Leitung in wissenschaftlicher Beziehung wie im Kampf für die äussere Stellung der Laryngologie entwickelt hat; er hat das Facit aus dem bisherigen Werdegang des Faches gezogen, eine Ausschau in dessen Zukunft eröffnet und warnend auf die Gefahren hingewiesen, die diese Zukunft umdüstern. Wohl alle sind wir uns bei der Lectüre jenes Abschiedsartikels einig gewesen in dem Gefühl schmerzlichen Bedauerns, dass wir in Zukunft darauf verzichten sollen, von dieser Stelle aus das Wort Semon's bei jeder bedeutsamen Gelegenheit, in jeder kritischen Stunde zu hören. Waren wir doch ein Vierteljahrhundert lang gewohnt, ihn hier auf der Wacht zu sehen, toujours en vedette, stets bereit, mit dem ganzen Gewicht seiner Erfahrung und seines Ansehens, gerüstet mit den scharfgeschliffenen Waffen seiner Dialektik auf's Feld zu treten, wo immer die Interessen unseres Faches ihm gefährdet schienen. Was Semon in dem Kampf um Ansehen und Selbstständigkeit der Laryngologie geleistet hat, kann Jeder würdigen, der diesen ununterbrochenen und oft recht unerquicklichen Kampf aufmerksamen Auges verfolgt hat; welche Dienste er durch die Herausgabe des Centralblatts der Laryngologie in wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen hat, wird Jeder bekunden, der bei literarischer Arbeit auf unserem Gebiete die 25 Bände des Centralblatts als ein fast unentbehrliches Hülfsmittel erprobt hat, ja überhaupt Jeder, der bestrebt ist, sich über Fortschritte und Leistungen der Laryngologie auf dem Laufenden zu erhalten. Welch unendliche Mühe, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit jedoch im Verein mit einem oft recht stattlichen Aufwand von Diplomatie und Takt Semon bei seiner Herausgeberthätigkeit entwickelte, das zu beurtheilen ist nur der im Stande, der selbst Jahre hindurch ihm bei dieser Thätigkeit zur Seite

Redactionelle Notiz.

Die Herren Mitarbeiter und Leser des Centralblatts werden darauf aufmerksam gemacht, dass vom 1. Juli ab sämmtliche für das Blatt bestimmte Mittheilungen an den neuen Herausgeber

Herrn Dr. Georg Finder,

Berlin W.,
Nettelbeckstrasse 17.

zu richten sind.

Der bisherige Herausgeber verlässt London im Laufe des Monats Juli und tritt im Herbst eine aussereuropäische Reise an, von der er erst im Juli 1910 nach England zurückzukehren beabsichtigt. Vom Juli 1909 bis zu seiner Rückkehr wird es ihm unmöglich sein, an ihn gerichtete Briefe zu beantworten, worauf er seine Herren Correspondenten besonders aufmerksam machen möchte.

Vom Juli 1910 an ist seine Adresse:

Sir Felix Semon,
Rignall. Great Missenden. Bucks.
England.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juli. 1909. No. 7.

I. An unsere Leser!

Bei seinem Abschied von den Lesern des Centralblatts hat Sir Felix Semon einen Rückblick gehalten auf die Thätigkeit, die das Blatt unter seiner 25jährigen Leitung in wissenschaftlicher Beziehung wie im Kampf für die äussere Stellung der Laryngologie entwickelt hat; er hat das Facit aus dem bisherigen Werdegang des Faches gezogen, eine Ausschau in dessen Zukunft eröffnet und warnend auf die Gefahren hingewiesen, die diese Zukunft umdüstern. Wohl alle sind wir uns bei der Lectüre jenes Abschiedsartikels einig gewesen in dem Gefühl schmerzlichen Bedauerns, dass wir in Zukunft darauf verzichten sollen, von dieser Stelle aus das Wort Semon's bei jeder bedeutsamen Gelegenheit, in jeder kritischen Stunde zu hören. Waren wir doch ein Vierteljahrhundert lang gewohnt, ihn hier auf der Wacht zu sehen, toujours en vedette, stets bereit, mit dem ganzen Gewicht seiner Erfahrung und seines Ansehens, gerüstet mit den scharfgeschliffenen Waffen seiner Dialektik auf's Feld zu treten, wo immer die Interessen unseres Faches ihm gefährdet schienen. Was Semon in dem Kampf um Ansehen und Selbstständigkeit der Laryngologie geleistet hat, kann Jeder würdigen, der diesen ununterbrochenen und oft recht unerquicklichen Kampf aufmerksamen Auges verfolgt hat; welche Dienste er durch die Herausgabe des Centralblatts der Laryngologie in wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen hat, wird Jeder bekunden, der bei literarischer Arbeit auf unserem Gebiete die 25 Bände des Centralblatts als ein fast unentbehrliches Hülfsmittel erprobt hat, ja überhaupt Jeder, der bestrebt ist, sich über Fortschritte und Leistungen der Laryngologie auf dem Laufenden zu erhalten. Welch unendliche Mühe, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit jedoch im Verein mit einem oft recht stattlichen Aufwand von Diplomatie und Takt Semon bei seiner Herausgeberthätigkeit entwickelte, das zu beurtheilen ist nur der im Stande, der selbst Jahre hindurch ihm bei dieser Thätigkeit zur Seite

stehen durfte. Der Grundsatz: „Minima non curat praetor“ hatte für ihn keine Geltung, sobald es sich um sein Centralblatt handelte; kein noch so unscheinbares Detail entging seiner Aufmerksamkeit, und die Briefe redactionellen Inhalts, die der Vielbeschäftigte im Laufe der Jahre Zeit fand, an mich zu richten, zählen fast nach Hunderten.

Freilich, alle aufgewandte Mühe und Arbeit hätten den Herausgeber nicht zu dem erstrebten Ziele geführt, hätte er sich nicht auf eine treffliche Schaar zuverlässiger und bewährter Mitarbeiter stützen können, von denen einige dem Blatt von seiner Gründung bis zum heutigen Tage in unwandelbarer Treue ihre Dienste geleistet haben. Dass es nicht nur die prominente Persönlichkeit Semon's, nicht nur seine weitverzweigten internationalen freundschaftlichen Beziehungen waren, durch die die Mitarbeiter an den Herausgeber gefesselt wurden, sondern dass in der That vor allem das reine Interesse für die Sache der Laryngologie sie zu ihrer mühevollen und dabei ganz uneigennützigen Thätigkeit verband, dafür spricht der Umstand, dass sie fast alle — bis auf ganz wenige, die sich aus persönlichen Gründen zum Rücktritt gezwungen sahen — zugesagt haben, auch unter dem neuen Herausgeber dem Blatt ihre werthvollen und erprobten Dienste weiter zu leisten. Diese Anhänglichkeit und Treue der alten Mitarbeiter ist natürlich für den neuen Herausgeber von unschätzbarem Werth; es ist ihm eine angenehme Pflicht, ihnen allen, die durch ihre Bereitwilligkeit ihm den Weg, den er schreiten will, so freundlich ebnen, auch an dieser Stelle herzlichst zu danken.

Als Sir Felix Semon in Uebereinstimmung mit dem Verleger mir das ehrende Anerbieten machte, nach seinem Rücktritt die Herausgabe des Centralblatts zu übernehmen, war ich mir der schwierigen Aufgabe wohl bewusst, Nachfolger eines Mannes zu werden, dessen blosser Name schon — weit über die Grenzen unseres Sonderfaches hinaus — eine werbende Kraft hat. Aber ich hätte das mir bezeugte Vertrauen durch „feiger Gedanken bängliches Schwanken“ schlecht gelohnt und so habe ich frischen Entschlusses den mir angetragenen Posten angenommen.

Wenn man nun füglich von einem neuen Herausgeber eine Art Programm erwartet, so glaube ich kein besseres proclamiren zu können, als die Worte, die heute vor 25 Jahren im Prospect zum ersten Heft des Centralblatts standen und die als Aufgabe des neubegründeten Unternehmens bezeichneten: „einen wahren Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie“ zu bilden, und ich glaube mich der Zustimmung aller unserer Leser versichert zu halten, wenn ich, ohne der Selbstständigkeit meiner Meinung Zwang anzuthun und ohne mich störrisch den Forderungen einer wirklich fortschreitenden Entwickelung zu verschliessen, verspreche, jene Aufgabe in dem Sinne des bisherigen Herausgebers aufzufassen und

das von ihm begründete Blatt in seinem Geiste weiter zu führen. Semon's Name bleibt in Zukunft auch äusserlich mit dem Titel des Centralblatts verbunden; das soll ein sichtbares Zeichen und eine Gewähr dafür bedeuten, dass wir das von ihm aufgestellte und mit so viel Mühen durchgeführte Programm als ein theures Vermächtniss hochhalten und pflegen wollen. Georg Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **P. Hellat. Bemerkungen über den ersten internationalen Rhino-Laryngologen-Congress in Wien. (Wpetschatlenijo o perwom meshdunarod. sesde rino-laringologow k Wene.)** *Jeshemesjatschnik. p. 236. 1908.*

Vieles von dem hier Gesagten hat Sir Felix Semon bereits im Centralblatt niedergelegt. AUTOREFERAT.

2) **Joseph C. Beck. Grenzen der oto-laryngologischen Praxis. (Limitations of oto-laryngologic practice.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. vertritt die Ansicht, der Otolaryngologe solle sich nicht auf ein zu enges Thätigkeitsfeld beschränken, sondern auch die Chirurgie der Mundhöhle, des Gesichts, des Kopfes und äusseren Halses in seinen Bereich hineinbeziehen. EMIL MAYER.

3) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems. VII. Peristaltik und Antiperistaltik. Mein Pech bei den Physiologen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

4) **Hennebert. Aortenaneurysma. (Anévrisme de l'aorte.)** *Journal médical de Bruxelles. No. 5. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel, Sitzung vom 2. December 1904, spricht H. über ein Aortenaneurysma bei einem 59jährigen Mann, dessen einziges subjectives Symptom in Beschwerden bei leerem Schlucken bestand. Der Kehlkopf war um 2 cm von der Mittellinie verschoben; ausserdem bestand eine Vorwölbung des linken Sternalrandes und des Supraclaviculargegend mit Pulsationen in der Sternalgegend. Beide Radialpulse waren isochron: keine Ungleichheit der Pupillen, keine Recurrensparalyse. Die Diagnose „Aneurysma" ward durch die Radioskopie bestätigt. PARMENTIER (BAYER).

5) **Geo. B. Wood. Bedeutung der oberen Luftwege für die Aetiologie cryptogenetischer Infectionen. (Importance of the upper respiratory tract in the etiology of cryptogenic infections.)** *Fourth annual report of the Henri Phipps Institute for the study, treatment and prevention of Tuberculosis. Februar 1906—Februar 1907.*

Die Arbeit, in der die Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung kryptogener Infectionen, insbesondere der Pleuritis, erörtert wird, ist von grossem

Interesse. Nach Wood schliesst die anatomische Anordnung der cervicalen Lymphdrüsen mit seltenen Ausnahmen die Möglichkeit einer directen Infection von den Tonsillen zur Pleura aus.

LEFFERTS.

6) **J. A. Faught. Verlegung der oberen Luftwege und Deformation der Mundhöhle. (Upper respiratory obstruction and oral deformity.)** *Journal American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Infolge der unklaren und sich widersprechenden Ansichten, die über den Zusammenhang zwischen Irregularitäten der Kieferform und Zahnanordnung einer- und Behinderung der Nasenathmung andererseits bestehen, hat Verf. sich veranlasst gesehen, eine Umfrage an verschiedene Autoritäten zu richten. Eine Analyse der eingelaufenen Antworten führt ihn zu dem Ergebniss, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle unregelmässige Zahnstellung mit behinderter Athmung vergesellschaftet, wenn nicht von dieser abhängig ist, und dass daher der Zahnarzt mit diesen Störungen vertraut sein muss. Dieser Behandlung der Zahnirregularität sollte Untersuchung und Behandlung von Nase und Rachen vorausgehen. Operationen, die den Zweck haben, mechanisch die respiratorische Capacität der Nase zu vermehren, sind practisch werthlos, so lange die Zwischenkiefernaht offen ist. Bevor man versucht, die Zahnstellung zu corrigiren, muss eine bestehende Nasenstenose durch Operation der sie eventuell bedingenden adenoiden Vegetationen oder Septumverbiegungen beseitigt werden.

LEFFERTS.

7) **Nicolai. Störungen des Gehörs und in den oberen Luftwegen bei Akromegalie. (Disturbi uditivi e delle prime vie del respiro in Acromegalia.)** *Arch Ital. di Otologia etc. No. 2. 1908.*

Verf. theilt einen Fall von Akromegalie bei einer 49jährigen Frau mit, bei der im Pharynx sich eine Vergrösserung der Uvula und der Gaumenbögen fand; die hintere Rachenwand war vorgewölbt, als ob es sich um einen beginnenden Retropharyngealabscess handelte. Im Larynx fand sich Röthung und Verdickung der Stimmbänder. Eine zu constatirende Veränderung der Stimme erklärt Verf. nicht durch die Volumenszunahme des Larynx, sondern durch eine Verschiedenheit in der Entwicklung der Pars membranacea der Stimmbänder gegenüber der Pars cartilaginea derart, dass die Länge der ersteren bei der Patientin sich mehr der beim Mann, als bei der Frau beobachteten näherte.

FINDER.

8) **W. Ford Robertson** (Edinburgh). **Neue Untersuchungen über die Pathologie und Therapie der Paralyse und Tabes. (Recent investigations into the pathology and treatment of general Paralysis and Tabes.)** *Lancet. II. p. 1438. 1908.*

Verf., dessen ausgedehnte Untersuchungen über die obengenannten Krankheiten den Neurologen wohl besser bekannt sein dürften, als den Jüngern unserer Disciplin, giebt einen summarischen Ueberblick über die Ergebnisse seiner früheren Arbeiten und über den Stand der neuen Forschungen.

Er fand, dass Bacillen der diphtheroiden Gruppe in allen Fällen von vorgeschrittener Paralyse in den Geweben nachgewiesen werden können. Bei dieser Krankheit ist der hauptsächliche Sitz der Invasion der Nasenrachen und die Mund-

schleimhaut, bei der Tabes dagegen die Harn- und Geschlechtswege. Es wurde versucht, die Infection des Nasenrachens und der Mundhöhle durch locale Mittel aufzuhalten. Verf. benutzte mit gutem Erfolg eine 1proc. Lösung von Merck-schem Perhydrol als Nasenspray und Mundwasser. Nebenbei erwähnt er, dass er diese Lösung sehr wirksam gegen Heufieber gefunden hat.

JAMES DONELAN.

9) **Cadiot** und **Mandoul. Emphysem der Augenlider beim Trompetenblasen. (Emphysème palpébral au cours d'une sonnerie de trompette.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 24. 1908.*

Bericht über 2 Beobachtungen. Im ersten Fall erklärte sich das Oedem des Augenlids durch das Vorhandensein einer Oberkieferfractur; im zweiten fehlt jede Erklärung.

BRINDEL.

10) **Mader** (München). **Zur Röntgenbehandlung maligner Neoplasmen der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Mittheilung eines Falles von Plattenepithelcarcinom des Hypopharynx, der kurze Zeit nach der Radicaloperation ein zusehends wachsendes Recidiv zeigte, das durch entsprechende Röntgenbehandlung mit der von M. angegebenen, in den Mund einzuführenden Kehlkopfröhre zum Schwinden gebracht wurde. Anschliessend Besprechung der Technik und Indicationsstellung, die sich mit der im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, und auf dem Wiener internationalen Laryngologen-Congress vom Autor niedergelegten Anschauungen decken.

HECHT.

11) **J. K. Fletcher** (Chicago). **Zur Verbesserung der Technik bei Nasen- und Ohroperationen.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. Heft 12. 1908.*

Beschreibung und Abbildung einer „nach Art eines Locheisens construirten beweglichen Stanze", die die bisher gebräuchlichen Knochenzangen nach verschiedenen Richtungen hin übertrifft und bei Radicaloperationen der grösseren Nasen-Nebenhöhlen und des Ohres zweckmässige Verwendung findet. Eine zweite, nach dem gleichen Princip, jedoch schlanker und länger gebaute Zange ermöglicht auch ihre Verwendung bei der Krause'schen Kieferhöhlenoperation und zur Entfernung der vorderen Keilbeinhöhlenwand. H. Reiner in Wien liefert diese Zangen.

HECHT.

12) **G. Trautmann** (München). **Erfahrungen bei der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Pyocyanase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Detaillirter Bericht über den Einfluss der Pyocyanase bei den verschiedenartigsten Erkrankungen obiger Gebiete, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

13) **Zitowitsch. Directe Untersuchung der oberen Athmungswege. (Prjamve isledowanie werchanik dichotelnich putei.)** *Westnik uschn. gorl. nos. b. p. 209. 1909.*

Beschreibung der bekannten Untersuchungsmethoden.

P. HELLAT.

14) **H. Strebel** (München). **Neuere physikalische Methoden in der Hand des Laryngologen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 531. 1908.*

Verf. hebt die Verwendung des Lichts beim Pharynxkatarrh (s. a. Bd. 14, Heft 1 des Arch. f. Laryngol.), bei Ulcerationen aller Art: tuberculösen, luetischen, lupösen oder durch anderweitige Bakterienarten hervorgerufenen chronischen Geschwürsbildungen: Aphthen, Soor, Rhagaden, lobend hervor. Auch bei Ozaena seien gute Erfolge erzielt. Die Beseitigung der chronischen Entzündung des Stimmbandes mit Knotenbildung gelang mittels kurzer, vorsichtiger Bestrahlung durch Einleiten von Licht in den Kehlkopf selbst bei einer berühmten Sängerin, die vordem schon alles Mögliche zur Behebung ihres Leidens versucht hatte. Verf. weist ferner auf den Nutzen von protrahirten Einblasungen mittels reiner Luft, besser mit Sauerstoff allein oder in Verbindung von Ozon hin, ebenso auf die Zerstörung von pathologischen Geweben mit Hochfrequenzfunkenströmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

15) **Morrison A. Cressy. Künstliche Beleuchtung für Laryngoskopie. (Artificial illuminants in Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Das beste Beleuchtungsmittel ist das Sonnenlicht; ihm kommt am nächsten das Acetylenlicht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre.** *Budapesti orvosi ujság. No. 21. 1908. Beilage: Közeg. és törv. orv. szemle. No. 2.*

Einzelne Individuen sind auch gegen solche Eiweisskörper empfindlich, welche bei normalen Individuen keine schädliche Wirkungen auslösen (Erdbeeren, Kuhmilch, Krebse etc.). Auf die wiederholte Einwirkung gewisser Eiweiss-Antigene erfolgt nicht die Abstumpfung der Empfindlichkeit, sondern die Empfindlichkeit des Organismus nimmt zu (Allergie von Pirquet, Anaphylaxe von Richet und Arthus). Die Pollantin-Intoleranz ist ihrem Wesen nach eine Intoleranz gegen Pferdeserum, in der Zukunft soll folglich eine andere Thierspecies zur Erzeugung des Serum gewählt werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

17) **A. A. Friedländer** (Frankfurt a. M.). **Zur Therapie des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1908.*

F. berichtet über einen 27jährigen sehr nervösen Patienten, der seit dem 11. Jahre an Heufieber leidet. Im Jahre 1907 gelang es ihm gleich bei Beginn der Erkrankung durch Hypnose die Schwere des Processes, besonders das meist hochgradige Asthma bedeutend einzudämmen. In diesem Jahre, in dem Patient erst längere Zeit nach dem ersten Anfall zur Behandlung kam, war es nicht mehr möglich, die Hypnose zur Anwendung zu bringen. Von all den neuerdings empfohlenen Mitteln wirkte das Rhinoculin und das Ritsert'sche Eupneuma am besten und promptesten. Autor weist darauf hin, dass bei ähnlichen Fällen „die Hypnose in der Weise zur Anwendung gebracht werden muss, dass sie auf eine Stärkung des Willens des Patienten Bedacht nimmt“.

HECHT.

18) **Menier. Die Behandlung von Heufieber. (The treatment of Hay Fever.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. empfiehlt Inhalationen mit Menthol-Chloroformmischung, die 4 pCt. Chloroform enthält; wo excessive Secretion besteht, soll dabei noch ein Nasenspray mit einer Lösung von 1 : 2000 Adrenalin gebraucht werden. Für die Augen empfiehlt er Application eines Tropfens einer 2proc. Lösung von Eserinum sulfuricum oder Pilocarpinum nitric. Die asthmatische Form wird am besten behandelt mit Antispasmodicis.

LEFFERTS.

19) **Eugene S. Yonge. Die Behandlung von widerspenstigem Heufieber und Schnupfenparoxysmen mittelst Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. 13. Juni 1908.*

In verzweifelten Fällen von Heufieber, die auf die gewöhnlichen Behandlungsmethoden nicht reagiren, räth Verf. Resection eines Theils des Nasennerven, d. h. des nasalen Astes des Trigeminus auf beiden Seiten. Verf. giebt eine Beschreibung des Verfahrens, das darin besteht, den Nerven von der Orbita aus beim Durchtritt durch das Foramen ethmoidale anterius freizulegen und ein Stückchen von ihm zu reseciren.

ADOLPH BRONNER.

20) **Ralph Grace. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of Hay Fever.)** *Therapeutic Gazette. 15. August 1908.*

Verf. fand bei Prüfung verschiedener Silberpräparate eines derselben sehr wirksam: das Nargol (Silbernucleid), das jeden dritten Tag in 2proc. Lösung local applicirt wird. Bei sehr empfindlichen Patienten wird die Schleimhaut vorher mit 10proc. Cocainlösung bestrichen. Unmittelbar nach der Application erfolgt schnell Congestion und Thränen. Hat nach den ersten Applicationen die Empfindlichkeit abgenommen, so wird ein etwas stärkerer mit Nargol getränkter Wattebausch möglichst weit nach oben geschoben und bleibt dort 10—15 Minuten lang liegen. Verf. will mit dieser Behandlung auch in den ältesten und hartnäckigsten Fällen zum Ziele gelangt sein, ohne dass eine andere Behandlung dabei angewandt wurde.

EMIL MAYER.

21) **Otto J. Stein. Einige Beobachtungen über hyperästhetische Rhinitis (Heufieber) nebst Rathschlägen für deren rationelle Behandlung. (Some observations on hyperesthetic rhinitis [Hay Fever] with suggestions for its rational treatment.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Es werden intraneurale Alkoholinjectionen in den Nasennerven an der Stelle seines Eintritts in die Nase empfohlen. Es geschieht dies, indem Nadeln von geeigneter Länge und Krümmung in der Nachbarschaft des Nerven, wo er in die Nase eintritt, eingestochen werden, und zwar muss die Nadel ca. 6,5 cm lang sein. Die Einstichstelle ist im vorderen oberen Winkel der Nasenhöhle gegen die Innenfläche des Nasenbeins, nahe dessen distalem Ende. Die hinteren Nervenverzweigungen werden durch eine 8,25 cm lange, an ihrem Ende um 45° gebogene Nadel getroffen. Diese wird in die Nähe des Foramen sphenopalatinum eingestochen, das sich gerade oberhalb und nach aussen von dem hinteren Ende der mittleren

Muschel befindet. Auf jeder Seite sind hier Injectionen erforderlich, zwei für die vorderen und zwei für die hinteren Nervenverzweigungen. Für jede Injection sind ein paar Tropfen absoluten oder verdünnten Alkohols erforderlich. Sie müssen während der Heufiebersaison 1—4 mal nach den Beobachtungen des Verf.'s gemacht werden. Die Mittheilung wird wegen des geringen Materials, an dem bisher diese Behandlung erprobt werden konnte, als vorläufige bezeichnet.

EMIL MAYER.

22) **P. Cornet** (Paris). **Spastische Coryza und Auto-Intoxicationen. (Coryza spasmodique et auto-intoxications.)** *Presse médicale. 16. Januar 1909.*

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Erscheinung der neuro-arthritischen Diathese mit Congestionszuständen handelt, dass aber hauptsächlich die bei dieser Diathese gewöhnlichen Darmstörungen die Nasensymptome hervorrufen. Er findet die Reflextheorie nicht ausreichend für deren Erklärung und sucht diese Erklärung in der Annahme einer Intoxication. Er nimmt an, dass von der Nasenschleimhaut die gastro-intestinalen Toxine ausgeschieden werden, so wie sie z. B. das Jodkali ausscheidet. Es besteht ein Zustand der habituellen Ueberreizung der Schleimhaut, die veranlasst und unterhalten wird durch diese Excretion von Toxinen; daher kann ein Schnupfenparoxysmus durch die Einathmung von Staub ausgelöst werden. Die Behandlung besteht vor allem in angemessenem Regime und local in tiefen galvanokaustischen Furchungen.

GONTIER de la ROCHE.

23) **H. E. Knopf** (Frankfurt a. M.). **Asthma und Stottern, zwei sehr verwandte Neurosen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Asthma und Stottern sind beides Neurosen, die sich im gestörten Ablauf der verwickelten coordinirten Bewegungen äussern, welche zum Sprechen bezw. zum normalen Athmen nöthig sind. Diese Störungen sind durch die Angstvorstellung, vor anderen Personen nicht richtig sprechen zu können, bezw. nicht genügend Luft zu haben, veranlasst. Alle Stotterer sowohl wie alle Asthmatiker sind neuropathisch veranlagt; körperliche Anomalien spielen häufig bei der Entstehung eine wichtige Rolle.

Ebenso wie der Stotterer dadurch geheilt wird, dass er lernt, die unrichtigen Bewegungen durch die richtigen zu ersetzen, kann man den Asthmatiker durch Correction der fehlerhaften Athembewegungen heilen. Daneben wird bei beiden durch psychische und somatische Therapie die neuropathische Veranlagung und die körperliche Anomalie beeinflusst.

Autor erzielte mit dieser Uebungsbehandlung sehr gute Erfolge. Sanatoriumsbehandlung giebt bessere Resultate, als die ambulante. Knopf weist darauf hin, dass beide Neurosen sich gewissermaassen ausschliessen und dass Asthma und Stottern bei einer Person fast nie vorkomme, eine Thatsache, die ausser seinen eigenen Beobachtungen die von einer Reihe bekannter Fachcollegen eingeholten Statistiken vollkommen bestätigen. Asthmatherapeut und Stottertherapeut können beide von einander lernen, am zweckmässigsten wäre die Vereinigung der Asthma- und Stottererbehandlung in einer Hand.

HECHT.

24) **J. Gordon Wilson. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse von der Physiologie der Nebenhöhlen der Nase. (The present state of our knowledge with regard to the physiology of the sinuses accessory to the nose.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. discutirt die verschiedenen über die Physiologie der Nebenhöhlen existirenden Theorien.

EMIL MAYER.

25) **Sidney Yankauer. Der Mechanismus der Drainage der normalen Nebenhöhlen. (The drainage mechanism of the normal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

In gewissem Grade hängt die Drainage ab von dem Gesetz der Schwere bei gewissen Kopfhaltungen; hauptsächlich wird sie bewirkt durch die Ciliarthätigkeit, durch Adhäsion, durch Capillarattraction an den natürlichen Oeffnungen der Sinus und durch die Saugwirkung („Syphonage"), die von den Nasenhöhlen aus ausgeübt wird. Die combinirte Wirkung dieser Kräfte wird begünstigt durch den respiratorischen Luftstrom und gewisse atmosphärische Bedingungen.

EMIL MAYER.

26) **J. Herzfeld** (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 197. 1908.*

H. ist der Ansicht, dass der Werth der X-Strahlen zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen überschätzt worden ist; denn das doch umständliche und für den Patienten mit Kosten verbundene Röntgenverfahren ist oft nicht zuverlässig und kann deshalb, da uns heute zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen genügend andere Hülfsmittel zur Verfügung stehen, nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auch zur Eröffnung der Stirnhöhle leistet eine vorherige Röntgenaufnahme keine oder nur geringe Dienste, da gerade bei Fällen schwerer Stirnhöhleneiterung die Grenzen der Höhle auf der Platte oft zu verschwommen sind.

Referent kann Herzfeld zustimmen, dass man sich auf die Röntgenplatte allein nicht verlassen kann, möchte aber trotzdem das Röntgenverfahren als nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel zur Diagnose und späteren Operation doch höher bewerthen, als Herzfeld dies in seiner neuesten Arbeit gethan hat.

OPPIKOFER.

27) **W. E. Caldwell. Weitere Beobachtungen über Röntgenuntersuchungen der Nasennebenhöhlen. (Further observations on the Roentgen-ray examinations of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Für die Aufnahmen von Stirnhöhlen müssen die Strahlen kräftig und die Exposition lang genug sein. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, geeignete Röhren für diese lange Expositionszeit zu finden. Verf. sagt, dass von 5—6 Röhren, die er kauft, ungefähr eine sich für die Stirnhöhlenaufnahmen eignet. Mit einer guten Röhre und gutem Apparat kann eine Aufnahme von einer Hand in weniger als einer Secunde gemacht werden, unter gleichen Bedingungen sind für die Aufnahme einer Stirnhöhle 20—50 Secunden erforderlich. Nur eine sehr gute

Röhre wird während dieser Expositionsdauer continuirlich dieselbe Qualität von Strahlen, die für eine gute Stirnhöhlenaufnahme erforderlich sind, liefern. Der beste Penetrationsgrad ist ungefähr 9—10 der Benoist-Skala; bei diesem besteht jedoch, wenn lange exponirt wird, Gefahr, die Röhre zu ruiniren. Man muss also suchen, die Expositionsdauer dadurch abzukürzen, dass man geeignete Platten wählt.

EMIL MAYER.

28) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Pathologie der Nebenhöhlen der Nase und zur Bedeutung der Nebenhöhlenaffectionen für die Aetiologie der Augenkrankheiten.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 527. 1908.*

1. Fall: Myxosarkom im rechten Sinus sphenoidalis. Totale Blindheit des rechten Auges, Paralyse der Musculatur des rechten Auges.

2. Fall: Exophthalmus acutus durch eine acute Cellulitis ethmoidalis, ohne Symptome von der Nase hervorzurufen.

3. Fall: Primäres Carcinom im Sinus sphenoidalis, Paralyse des Nervus oculomotorius, Resectio partialis maxillae superioris, ossis ethmoidalis et sphenoidalis.

Diese Fälle von primärem Cancer im Os sphenoideum sind verhältnissmässig selten und sind klinisch einander sehr ähnlich. Charaktoristisch für alle ist der starke Kopfschmerz, die schnell auftretenden secundären Augensymptome und Zeichen von Verstopfung der Nase. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER)

29) **Rosenberg** und **Baum. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und des Auges.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. 1908.*

R. liess 40 Fälle von Nebenhöhlenaffectionen, die nicht besonders ausgewählt wurden, durch den Augenarzt untersuchen. Dieser fand auffallend häufig Augenveränderungen (Stauung, Hyperämie, verwaschene Papillengrenzen, Abblassung der Papillen, Einschränkung des Gesichtsfeldes). Nach Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung gingen bei einem Theile der Patienten die Augenveränderungen zurück. So zeigten beispielsweise 16, also 40 pCt. der Patienten, eine Stauung in den papillären Gefässen, diese schwand nach Ausheilung oder Besserung der Nebenhöhlenerkrankung bei 5, also bei ca. $^1/_3$ der Fälle. OPPIKOFER.

30) **Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von Menière'scher Krankheit, herrührend von einer Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Un cas de maladie de Menière relevant d'une inflammation des cavités annexes du nez.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 2. 1908.*

Genau diagnosticirter und beschriebener Fall von Menière'scher Krankheit, geheilt nach der Cur einer latenten Sinusitis maxillaris. Die Affection bildete eine Reflexneurose infolge vasomotorischer Einflüsse, die durch die Entzündung des Sinus beständig unterhalten und wiederholt im Labyrinth angefacht wurde.

PARMENTIER.

31) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Die radicale operative Behandlung von Leiden der Nasennebenhöhlen. (Den radikale operative Behandling af Nasebehulernes Lidelse.)** *Ugeskrift for Laeger. S. 449. 9. April 1908.*

Uebersichtsarbeit. E. SCHMIEGELOW.

32) **Harmon Smith. Die Nebenhöhlenerkrankungen vom operativen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from an operative standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Verf. giebt eine sorgfältige Beschreibung der verschiedenen Methoden der Radicaloperation. Für die Stirnhöhle empfiehlt er am meisten das Killian'sche Verfahren. Zum Schlusse wendet er sich gegen den allzugrossen Radicalismus in der operativen Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen; es komme hauptsächlich darauf an, ausgiebige Drainage zu beschaffen. Zum Schluss weist Verf. auf die Gefahren hin, die sich bei Radicaloperationen aus der Nähe der Meningen ergeben.

LEFFERTS.

33) **Moure** und **Brindel. Oberkieferhöhleneiterungen und Osteitis. (Sinusites maxillaires et osteïte.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. I. 1908.*

Die Osteitis, die bisweilen die chronischen Eiterungen des Antrums begleitet, muss als gutartige Complication betrachtet werden. Ihre Pathogenese kennen zu lernen, ist von Interesse, damit eine causale Therapie gegen sie eingeleitet werden kann. Diese Osteitis führt dazu, in gewissen Fällen eine bis dahin nicht erkannte Allgemeinerkrankung, z. B. Syphilis, zu diagnosticiren.

BRINDEL.

34) **Vaysse. Ueber die Pathogenese und Therapie der Oberkieferempyeme dentalen Ursprungs. (Sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire.)** *Thèse de Paris. 1908.*

Jede mit Eiterung einhergehende Zahnaffection kann zur Entstehung eines Oberkieferempyems Anlass geben, welches auch der erkrankte Zahn sein mag. Die besten Resultate werden erzielt durch Extraction des erkrankten Zahnes mit nachfolgender Eröffnung der Alveole und Spülungen durch dieselbe.

A. CARTAZ.

35) **J. G. Connal. Diagnose und Behandlung des Oberkieferempyems. (The diagnosis and treatment of empyema of the maxillary antrum.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

36) **Robert C. Myles. Die Indicationen für den endonasalen Weg bei der Behandlung der chronischen Highmorshöhleneiterung und dessen Vortheile gegenüber der Radicaloperation. (The indications for and the advantages of the intranasal route over the radical operation in the treatment of chronic symptoms of the antrum of Highmore.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Es sollen nach des Verf.'s zwanzigjähriger Erfahrung 85—90 pCt. aller Fälle auf intranasalem Wege geheilt werden.

EMIL MAYER.

37) **H. Holbrock Curtis. Die schnelle Eröffnung der Highmorshöhle durch den unteren Nasengang ohne allgemeine Narkose. (The rapid entrance of the maxillary antrum through the inferior meatus without general anesthesia.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. giebt eine Besprechung, wie und mit welchen Instrumenten er die Höhle vom unteren Nasengang aus eröffnet.

EMIL MAYER.

38) **Derrick J. Vail. Eine Originalmethode zur Eröffnung des Antrum auf intranasalem Wege nebst Demonstration neuer Instrumente. (An original method of opening the antrum of Highmore intra-nasally with exhibition of new instruments.)** *The Laryngoscope. Januar 1908.*

Verf. macht die Operation unter Localanästhesie ohne vorherige Resection der unteren Muschel mit einem sägeartigen Instrument; er ist mit den Resultaten sehr zufrieden und rühmt vor allem die Schnelligkeit der Operation, die 3 bis 10 Minuten dauert. EMIL MAYER.

39) **Solowzow. Ueber die Resection der nasalen Wand der Highmorshöhle bei chronischer Highmoritis. (O resekzi nosowei stenki werchnetschl. pasuchi popowodu chron. gaimorit.)** *Jeshemesjatschnik. p. 213. 1908.*

S. macht die Oeffnung möglichst am Nasenboden und recht gross. Dieses ist für die Durchströmung der Luft von Bedeutung. Nachbehandlung ist nicht erforderlich. P. HELLAT.

40) **Kronenberg** (Solingen). **Ueber die Operation des Empyems der Kieferhöhle von der Nase aus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 685. 1909.*

Bei den weitaus meisten chronischen Kieferhöhleneiterungen genügt das Anlegen einer breiten Oeffnung ohne gleichzeitige Eröffnung vom Munde aus. Die bucconasale Methode ist nur ausnahmsweise nothwendig und wird mit der Zeit nach der Ansicht des Verfassers immer mehr an Anhängern verlieren.

OPPIKOFER.

41) **Mahu. Trepanation und Curettage der Oberkieferhöhle auf nasalem Wege. (Trépanation et curettage du sinus maxillaire par la voie nasale.)** *Presse médicale. Februar 1909.*

Die Operationsmethode besteht in einem vereinfachten Claoué'schen Verfahren, zu dem Verf. etwas modificirte Instrumente benutzt.

GONTIER de la ROCHE.

42) **G. Hicquet. Die Nachbehandlung bei der Operation der Oberkiefersinusiten. (Le traitement postopératoire des sinusites maxillaires.)** *La Policlinique. No. 2. 1908.*

H. operirt nach Luc-Caldwell; legt keine Naht an und schont die untere Muschel. Nach sorgfältiger Ausräumung der Höhle wischt er diese mit einem in Wasserstoffsuperoxyd getauchten Tampon aus, tamponirt sie dann sorgfältig mit Jodoformgaze, die er nach ca. 5 Tagen entfernt und überlässt die weitere Heilung der Natur, indem er weiter nichts als einen Wattetampon am Naseneingang tragen lässt. Dabei rasche Heilung. BAYER.

43) **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper der Kieferhöhle; Extraction unter Endoskopie. (Corps étranger du sinus maxillaire; extraction sous endoscopie.)** *Lyon médical. 23. August 1908.*

Es handelte sich um ein Drain, das zu Spülungen benutzt worden war und nach Angaben des Patienten vor 14 Monaten in die Höhle gerathen war. Mit

Hülfe eines in die Oeffnung eingeführten Ohrentrichters entdeckte Verf. den Fremdkörper und extrahirte ihn. GONTIER de la ROCHE.

44) **Richard Lake. Ein Fall von cystischer Erkrankung der Kieferhöhle. (A case of cystic disease of the maxillary antrum.)** *Lancet. 14. März 1908.*

Im Jahre 1897 wurden bei der 18jährigen Patientin Nasenpolypen entfernt. Im Jahre 1902 wurde ein grosser Choanal-(Antrum-)Polyp entfernt. Im Jahre 1905 verlegte ein grosser Polyp den rechten Nasengang. Während der Nacht entleerte sich eine grosse Menge klarer Flüssigkeit aus der Nase und die Nasenverstopfung verschwand. Im Jahre 1906 fand sich eine dünne Cystenwand und es wurden wieder cystische Polypen entfernt. ADOLPH BRONNER.

45) **A. Elias. Beitrag zum Studium der Kiefercysten. (Contribution à l'étude des kystes dentaires maxillaires d'origine inflammatoire.)** *Dissert. Lyon 1906.*

E. konnte nur 9 Fälle von periodontalen Kiefercysten zusammenstellen; die Literatur ist somit nur unvollständig berücksichtigt. Bei 2 der 9 Fälle wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen: die Cystenwand war mit Plattenepithel ausgekleidet. Die Radiographie unterstützt die Diagnose (zwei Photographien).

OPPIKOFER.

46) **Quenu. Epitheliom der Kieferhöhle. Resection der Oberkiefer. Heilung seit 10 Jahren. (Epithelioma du sinus maxillaire. Résection du maxillaire. Guérison datant de 10 ans.)** *Société de Chirurgie. 25. November 1908.*

Es musste später auch das Auge entfernt werden. Der grosse Defect wurde durch Plastik geschlossen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass eine Betheiligung der Drüsen erst spät auftritt und dass daher diese Fälle, wenn sie frühzeitig operirt werden, eine verhältnissmässig günstige Prognose geben.

GONTIER de la ROCHE.

47) **Seyffarth** (Hannover). **Eine neue Nasenzange zur Erweiterung der Kieferhöhlenöffnung im mittleren Nasengange.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Bei der in der Mittheilung abgebildeten Stanze ist „der bewegliche Löffel ganz an der Spitze des Instruments angebracht und schneidet nach rückwärts, nach dem Griff (also nach dem Naseneingang) zu". HECHT.

48) **P. Joseph Junis. Einige anatomische Variationen an der Stirnhöhle. (Some variations in the anatomy of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Bei über 100 menschlichen Schädeln, die Verf. kürzlich untersucht hat, variirte die Capacität der Höhle von 1,2 ccm bis 28,4 ccm. In dieser Serie von Untersuchungen war das Fehlen der Höhle nur einmal zu constatiren. Die Stirnhöhle fehlt bis zum 6. Lebensjahr. Um diese Zeit beginnt sie, sich als eine Protrusion von der Ethmoidalregion aus zu entwickeln und breitet sich langsam zwischen die beiden Tabulae des Stirnbeins aus, um ungefähr zur Pubertätszeit ihre volle Grösse zu erreichen. EMIL MAYER.

49) **Ritter** (Berlin). **Ueber Verdoppelung und abnorme Bildung der Stirnhöhle.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 621. 1909.*

Eine Doppelbildung der Nebenhöhlen wird in der Stirnhöhle am häufigsten beobachtet aber meist als „Theilung" beschrieben. Diesen Ausdruck hält R. als nicht richtig; denn es handelt sich um eine thatsächliche Doppelbildung aus zwei von Anfang an getrennten Anlagen. R. betrachtet nun in seiner Arbeit die Doppelbildung der Stirnhöhle auf die Art ihrer Einmündung in den mittleren Nasengang und bespricht die verschiedensten Entstehungsmöglichkeiten.

Seine Angaben über Verdoppelung der Stirnhöhle werden durch 7 instructive Abbildungen erläutert. OPPIKOFER.

50) **Sinclair Tousey. Die radiographische Topographie der Stirnhöhle und der anderen pneumatischen Gesichtshöhlen. (The radiographic topography of the frontal sinus and other pneumatic sinuses of the face.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Die Stirnhöhlenaufnahmen des Verf.'s sind mit Expositionsdauer von nur 30 Secunden und einem primären Strom von 18 Ampères gemacht. Viel leichter und nur eine Exposition von 15 Secunden erfordernd sind die seitlichen Aufnahmen. LEFFERTS.

51) **Karl Vohsen. Ueber den Werth der Durchleuchtung bei Krankheiten der Stirnhöhle. (De la valeur de la diaphanoscopie dans les maladies du sinus frontal.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Verf. betrachtet die Durchleuchtung bei Stirnhöhlenempyem als ein diagnostisches Zeichen von grösster Bedeutung, das durch eine Röntgenaufnahme in sagittaler Richtung ergänzt werden kann. BRINDEL.

52) **Ziem** (Danzig). **Einige Worte über Entzündung der Stirnhöhle.** *Med. Klinik. 3. 1909.*

Kurze Besprechung der von Ziem geübten Methode der Probedurchspülung der Stirnhöhle in unsicheren Fällen von Sinusitis frontalis, während der Durchleuchtung nur ein geringer Werth beigemessen wird. SEIFERT.

53) **Gallemaerts** und **Delsaux** (Brüssel). **Doppelseitige Stirnhöhlenentzündung, complicirt mit linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung und obliterirender Thrombose des entsprechenden Sinus lateralis. (Antrite frontale double compliquée d'otite muqueuse purulente gauche avec thrombose oblitérante du sinus latéral correspondant.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 1. 1908.*

Beobachtung, begleitet von Reflexionen über:

1. die ungeahnten Gefahren, welche bei eitrigen Gesichtssinusiten diejenigen laufen, die damit behaftet sind, wie das der Fall ist im vorliegenden Fall;

2. die gewählte Technik (Verfahren von Kuhnt);

3. die Verbreitung der septischen Keime von den Höhlen auf das Ohr; durch Gewebscontinuität oder durch Infection auf Distanz (Blut- oder Lymphwege).

Der zweite Mechanismus ist es, den die Autoren für ihren Fall in Anspruch nehmen.

4. Die Constatirung, dass die Otitis keine Antritis veranlasst hat, obgleich jenseits des Antrums mit Granulationen ausgefüllte Herde vorhanden waren.

PARMENTIER.

54) **Breyre. Subacute Sinusitis frontalis. (Sinusite frontale subaigue.)** *Gazette Méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Februar-Sitzung der medico-chir. Gesellschaft von Lüttich von 1908 stellt B. einen Kranken vor mit einer kleinen Narbe an der Stirn, herrührend von der Trepanation des Sinus frontalis wegen einer subacuten eitrigen Frontalsinusitis.

BAYER.

55) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von beiderseitiger Stirnhöhlenentzündung. (En geval van beiderzydsche ontsteking der voorhoofdsholte.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall mit protrahirtem Heilungsverlauf. Das 23jährige Mädchen war schon früher nach Luc operirt worden. Eine eiternde Fistel am linken inneren Augenwinkel war zurückgeblieben. Operation nach Killian in Chloroformnarkose. Die linke Höhle war ausserordentlich gross und reichte bis an die Haargrenze hinauf. Beide Höhlen waren mit Eiter und Granulationen ausgefüllt. Während die linke Höhle schnell heilte, blieb rechts die Eiterung fortbestehen und es entstand ein chronischer Entzündungsprocess am Oberkiefer, der zu wiederholter Abstossung von kleinen Sequestern führte. Erst nach einer zweiten Operation, bei der sich in dem offenbar unvollständig entfernten vorderen Siebbein noch Eiter und Granulationen vorfanden, wurde definitive Heilung erreicht, allerdings mit unschönen Narben. B. verbreitet sich über den relativen Werth der verschiedenen Operationsmethoden und über den Werth der Röntgenographie.

H. BURGER.

56) **Frank Brawley. Der Kopfschmerz bei Stirnhöhlenentzündung. (The headache of frontal sinusitis.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Mai 1908.*

Geht der Kopfschmerz nach Adrenalin-Cocainapplication auf das vordere Ende der mittleren Muschel zurück, so kann man ihn durch Resection desselben beseitigen.

EMIL MAYER.

57) **R. Weill. Die Orbitalphlegmone im Anschluss an Stirnhöhleneiterung. (Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites frontales.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

Nach Besprechung des Krankheitsbildes Aufzählen einiger zum Theil selbstbeobachteter Fälle.

OPPIKOFER.

58) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 9. Mai 1908.*

In den meisten Fällen sind Spülungen nach der vom Verf. empfohlenen endonasalen Eröffnung der Höhle nicht nöthig, eine Zeit lang sollte sie jedoch mindestens einmal täglich ausgespült werden, damit sich das Röhrchen nicht verstopft. Als das beste Spülmittel empfiehlt Verf. 10—20proc. Argyrol. Verf. em-

pfiehlt seine Methode auf das Wärmste. Was deren Gefahren betrifft, so sagt er: „Freilegung der Dura in der Stirnhöhle dürfte nicht gefährlicher erscheinen, als dieses Vorkommniss bei Operationen wegen Eiterungen des Warzenfortsatzes ist, wo in einem grossen Procentsatz der Fälle eine solche Freilegung vorkommt.“ Selbst in Fällen, in denen keine Heilung eintritt, wird durch diese endonasale Operation jedenfalls freie Drainage gesichert. Verf. behauptet, dass wahrscheinlich 95 pCt. aller geeigneten Fälle innerhalb 2 Wochen bis 6 Monaten zur Heilung kommen. In allen Fällen sollte zunächst diese endonasale Operation gemacht werden.

EMIL MAYER.

59) **Ross Hall Skillern. Die Vorzüge und Nachtheile der endonasalen Operationsmethode bei Stirnhöhlenempyem. (The advantages and disadvantages of the endo-nasal method of operating for empyema of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Die endonasale Operation nach Fletcher Ingals ist nach Ansicht des Verf.'s indicirt in allen Fällen von acutem Empyem, wo heftige Beschwerden bestehen und wo die übliche conservative Methode oder Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel keine Heilung bringt. Die Halle'sche Operation soll angewandt werden, wenn bei chronischem Empyem ein kleiner Sinus vorhanden oder — ohne Rücksicht auf die Grösse der Höhle — wenn Grund besteht, dass kein Vorhandensein grosser pathologischer Veränderungen in der Höhle anzunehmen ist oder wenn kosmetische Rücksichten ausschlaggebend sind. Contraindicirt sind die endonasalen Operationen, wenn es nicht möglich ist, eine Sonde in die Höhle einzuführen, bei Bildung von Abscess-Fisteln, beim Verdacht auf intracranielle Complicationen. Die endonasale Operation wird wahrscheinlich ohne Resultat sein, wenn tiefgehende Veränderungen im Sinus vorhanden sind, wenn zahlreiche Kammerungen und Septa in der Höhle sind, wenn grosse Orbitalzellen vorhanden sind, die gleichfalls erkrankt sind.

EMIL MAYER.

60) **Van den Wildenberg. Ein in einer einzigen Sitzung an einer doppelseitigen Sinusitis frontalis und ethmoido-sphenoidalis operirter Kranker. (Malade opéré en une seule séance de double sinusite frentale et ethmoïdo-sphénoïdale.)** *Anvers médicale. No. 1. 1908.*

Vorstellung eines Kranken, welcher wegen hartnäckigen Asthmas, Cephalalgie und Schlaflosigkei bei recidivirender, die Stirn und Ethmoidalhöhlen ausfüllenden Schleimpolypen vom Autor durch die gleichzeitige Vornahme der Radicalcur bilateraler chronischer Fronto-ethmoidal-Sinusiten geheilt wurden.

BAYER.

61) **G. Hicguet. Zwei Fälle von Sinusitis frontomaxillaris operirt nach verschiedenen Verfahren. Heilung. (Deux cas de sinusite fronto-maxillaire opérés suivant des precédés différents. Guérison.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik am 13. März 1908 berichtet H. über:

1. einen Fall von Sinusitis frontomaxill. sinistra: Radicaloperation nach Luc-Caldwell am 20. December 1907 und Operation des Sinus frontal. nach Killian am 16. Januar 1908, später musste der Sinus frontal. nochmals eröffnet und curettirt werden wegen einer Caries am Orbitalbogen, welchen H. als Stütze

für die Weichtheile zurückgelassen hatte. Sirop de Gebert endlich wegen Verdacht auf Lues. Darauf vollständige Heilung;

2. einen Fall von Sinusitis frontomaxillaris dextra bei einer 54jährigen Frau: Incision nach Moure mit Trepanation des aufsteigenden Unterkieferastes; Resection der unteren Sinuswand und sorgfältige Curettage. Trepanation und Curettage des Sin. maxill. von der Gesichtsseite aus, Drainage nach dem unteren Nasengang; Tamponade mit Jodoformgaze etc. Nach 8 Tagen hat der Nasenausfluss aufgehört.

BAYER.

62) **ter Kuile** (Holland). **Ueber doppelseitige Stirnhöhlenoperation und deren ästhetischen Effect.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 645. 1909.*

K. macht darauf aufmerksam, dass man bei doppelseitiger Stirnhöhleneiterung manchmal auch ohne Stehenlassen einer Brücke ein befriedigendes kosmetisches Resultat erzielen kann. Mehrere Photographien.

Verf. bespricht im Ferneren die Therapie der acuten Stirnhöhleneiterung und nimmt in dieser Frage einen zu chirurgischen Standpunkt ein: bei der ersten Consultation macht K., um eine Abschwellung zu bewirken, einen Einschnitt durch die Mucosa und den „Knorpel“ der mittleren Muschel. Ist die Heilung durch diese vielleicht nach einmal wiederholte Manipulation nach 10 Tagen noch nicht erreicht, so wird in der Vorderwand der Stirnhöhle eine Oeffnüng angelegt.

OPPIKOFER.

63) **John F. Barnhill. Einige chirurgische Grundsätze, die für die Behandlung der Stirnhöhlenempyeme von Bedeutung sind. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Verf. redet der offenen Nachbehandlung das Wort. Man ist — wenigstens in den meisten Fällen — im Stande, die Bildung kräftiger Granulationen zu erzielen, die den Sinus schnell bis zum Niveau der Haut ausfüllen; dann, aber nicht früher, soll man dieser erlauben, die Wunde zu überbrücken. Es wird so ein Minimum an Depression und Narbengewebe erzielt. Nöthig dazu jedoch ist, dass der Chirurg über die Granulationsbildung die nöthige Controle übt; Bedingungen zum Gelingen sind: Genügende Drainage, Fehlen unnöthigen Drucks auf die Granulationen und eine von vornherein in geeigneter Weise präparirte Wunde.

EMIL MAYER.

64) **M. Paunz** (Budapest). **Mucocele fronto-ethmoidalis lat. sin.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: Szemészet. No. 2—3.*

In dem linken inneren Augenwinkel hat sich ohne besondere Ursache eine halbnussgrosse, fluctuirende Vorwölbung gebildet, welche den Bulbus nach auswärts dislocirte. Radicale Operation der Stirnhöhle nach Killian. Es stellte sich heraus, dass Siebbeinzellen und Stirnhöhle eine grosse gemeinsame, glattwandige Höhle bildeten, welche mit bernsteinfarbiger Flüssigkeit angefüllt war. Lamina

papyracea und Hinterwand der Stirnhöhle waren usurirt. Die primäre Naht musste im unteren Wundwinkel wegen Eiterung geöffnet werden. Dann glatte Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

65) **Hajek** (Wien). **Acutes Empyem des Siebbeinlabyrinthes mit hochgradigem Exophthalmus. Endonasale Eröffnung. Heilung. Ein Beitrag der Frage der Dilatation der Nebenhöhlenwände bei acuten Entzündungen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 629. 1909.*

Während eines heftigen Schnupfens trat bei einem männlichen Erwachsenen ohne Fieber hochgradiger rechtsseitiger Exophthalmus auf, ohne Schwellung der Augenlider und ohne Conjunctivitis und ohne Bewegungsbeschränkung des Bulbus. Die Untersuchung ergab Kieferhöhlen- und Siebbeinzelleneiterung rechts. Die Siebbeingegend erwies sich bei der Sondenuntersuchung als elastisch.

Bei der endonasalen Eröffnung des Siebbeins entleerten sich aus einer grossen retrobulbär in die Orbita sich hineinwölbenden Zelle zwei Kaffeelöffel voll Eiter: sofortiges Verschwinden des Exophthalmus und rasche Heilung der Siebbeinzelleneiterung.

Bemerkenswerth sind an der Beobachtung:

1. Die aborme Grösse der Siebbeinzelle.

2. Die Entstehung einer hochgradigen Dilatation infolge einer acuten eitrigen Entzündung.

3. Das rasche Verschwinden der Dilatationserscheinungen nach Abfluss des Eiters.

OPPIKOFER.

66) **Skillern** (Philadelphia). **Ein Fall von geschlossenem Empyemen der hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche erst nach der Entfernung der mittleren Muschel acut geworden sind.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 337. 1908.*

Die ausführliche Krankengeschichte könnte auch anders als im Titel angegeben gedeutet werden: es hat sich bei einer neurasthenischen Patientin im Anschluss an eine nicht unbedingt nothwendige Entfernung der mittleren Muschel eine acute combinirte Nebenhöhleneiterung entwickelt, die glücklicherweise günstig verlief.

OPPIKOFER.

67) **Vernieuwe** (Gent). **Beitrag zum Studium der geschlossenen Siebbeinsinusiten. (Contribution à l'étude des sinusites éthmoïdales closes.)** *La Presse oto-laryngol. Belges. No. 6. 1907.*

Der Autor schliesst, indem er sagt, dass der endonasale Weg häufig zu schnell verworfen wird, obgleich er da, wo er eingeschlagen werden kann, die zu wählende Methode bilde.

PARMENTIER.

68) **G. Trautmann** (München). **Acute Keilbeinhöhleneiterung mit intracranieller und orbitaler Complication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 381. 1908.*

Verf. geht des Näheren auf die Literatur der isolirten Keilbeinhöhleneiterungen mit intracranialen und orbitalen Complicationen ein und fügt diesen Fällen

einen eigenen an: Es handelt sich um einen 15jährigen jungen Mann, der ganz plötzlich mit Fieber und Kopfschmerzen erkrankte. Am nächsten Tage Erbrechen, Nackensteifigkeit und Schwellung des rechten oberen Augenlides.

Nase: Beiderseits geröthete Schleimhaut. In den oberen Partien schleimiges Secret und viele Borken. Puls 100, klein; Temp. 38,5 in axilla.

Ohren: Rechts normal, links grosser Trommelfelldefect, Mittelohrschleimhaut epidermisirt, nicht geröthet. Nachdem 5 Tage lang das Befinden dauernd gleich schlecht geblieben, die Papille des Nervus opticus leicht geröthet und die Grenzen unscharf erschienen, wird zur Eröffnung beider Stirnhöhlen geschritten. Da dieselben negativen Befund boten, wird die Radicaloperation des linken Ohres und Freilegung des linken Sinus transversus vorgenommen, der sich auch ohne pathologischen Befund erweist.

Die daraufhin vorgenommene Freilegung der Dura von der Stirnhöhle aus und Punction der angrenzenden Stellen ergaben ebenfalls nichts Krankhaftes. Nachdem in der folgenden Nacht der Exitus eingetreten, wird bei der Section folgender Befund erhoben: Septicopyämie. Empyem der Keilbeinhöhlen von eitriger Rhinitis mit eitriger Phlebitis der Sinus cavernosi und beginnender eitrig-hämorrhagischer basaler Meningitis. Zahlreiche, besonders subpleurale Lungenabscesse mit Durchbrüchen auf die Pleura. Milzschwellung etc.

Ausstrich und Kultur vom Eiter der Keilbeinhöhle ergaben ausschliesslich Staphylokokken.

Die Thatsache, dass pathologische Veränderungen am Ohr auch bei der Section nicht gefunden wurden, ist ungemein wichtig, da klinisch sehr wohl ein ausgeheilter Mittelohrprocess scheinbar vorliegen kann, eine acut auftretende intracranielle Erkrankung, die trotzdem ihren Weg vom Ohr aus genommen haben kann. Nach dem Obductionsbefund ist der Ort der primären Infection im Epipharynx und in den obersten Abschnitten der Nase zu suchen. Von dort aus wurden die Keilbeinhöhlen, zuerst die rechte, dann die linke von den Ostien aus ergriffen. Hierauf wurde der Keilbeinkörper von den Staphylokokken durchwandert. Der Fall hat die grösste Aehnlichkeit mit Cerebrospinalmeningitis.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

69) Thomson. **Ursachen und Symptome der Thrombose des Sinus cavernosus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 467. 1908.*

Die Keilbeinhöhleneiterung, Ursache einer Thrombose des Sinus cavernosus, wird nicht selten übersehen. Zwei Photographien demonstrieren die starke Protrusion des Bulbus.

OPPIKOFER.

70) Francis P. Emerson. **Fehlen der rechten äusseren Keilbeinhöhlenwand, die durch eine direct mit dem Sinus cavernosus communicirende Vene eingenommen wird. Operation; Tod; Autopsie. (Absence of the outer right sphenoidal wall occupied by a vein communicating directy with the cavernous sinus. Operation. Fatality and Autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1908.*

Bei gründlicher Untersuchung wurde in der rechten Keilbeinhöhle eine cariöse Stelle an der Aussenwand mit einer weichen Masse dahinter gefunden.

Diese wurde in Anbetracht einer früheren Operation für eine polypoide gehalten und es wurde aus Furcht vor einer etwaigen Blutung nur mit grosser Vorsicht sondirt. Die mittlere Muschel und die vordere Keilbeinhöhlenwand waren bereits entfernt. Eine Curette wurde eingeführt, damit hinter die vorhandene Masse gegangen und vorsichtig das Instrument wieder herausgezogen; es folgte eine profuse Blutung und eine Convulsion. Patient wurde bewusstlos. Eine schnelle Tamponade brachte die Blutung nach aussen zum Stillstand, jedoch traten Hirndruckerscheinungen auf und 7 Stunden nach dem Eingriff starb die Patientin.

Bei der Section fand man eine grosse Dehiscenz in der Aussenwand, die von einer grossen varicösen Vene eingenommen wurde und direct mit dem Sinus cavernosus communicirte. Die noch vorhandenen Ethmoidalzellen waren nekrotisch und mit Eiter gefüllt.

EMIL MAYER.

71) **R. H. Skillern** (Philadelphia). **Der gegenwärtige Stand der Radicaloperation für Empyeme der Keilbeinhöhle nebst Demonstration eines neuen Instrumentes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 415. 1908.*

Verf. bespricht der Reihe nach die Methoden der Keilbeinhöhlenoperation.

Die Frontalmethode, die wohl nur bei gleichzeitiger Erkrankung der Stirnhöhle angewandt wird.

Die Eröffnung von der Augenhöhle aus.

Jansen's Methode (von der Kieferhöhle aus).

Berens, Furet's Methode.

Die indirecten endonasalen Methoden.

Die von Killian angegebene Methode besteht in der Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel und der Eröffnung der Bulla ethmoidalis. Zunächst wird das Instrument durch die verschiedenen Lamellen geschoben bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand. Bei grosser hinterer Siebbeinzelle wird die Procedur leicht misslingen können.

Schädle in St. Paul U. S. A. operirt an der vorderen Keilbeinhöhlenwand unter Leitung eines in den Nasenrachenraum gehaltenen Spiegels.

Die directen endonasalen Methoden mit vorhergehender Resection der mittleren Muschel und gleichzeitiger Entfernung der hinteren Siebbeinzellen, wobei das ganze Operationsfeld sichtbar wird.

Verf. verfährt nach letzterer Methode und gebraucht zur Eröffnung der vorderen Keilbeinhöhlenwand folgendes Instrument: Es besteht aus zwei gleichförmig zugespitzten, am Ende mit halbkegelförmigen Erweiterungen versehenen Branchen; auf den hinteren Seiten dieser Erweiterungen befinden sich schneidende Kanten und gerade hinten ein Schutz, damit man nicht zu rasch in die Höhle hineingleiten soll. (Die Abbildung dieses Evulsors ist beigefügt.)

Verf. beschreibt dann die Ausführung seiner Operation und fasst die Vortheile zusammen:

1. Das Operationsfeld bleibt immer sichtbar.
2. Die Keilbeinhöhle wird von innen nach aussen geöffnet, dabei wird man die Gefahr der Verletzung der auf ihr liegenden Strukturen vermeiden.

3. Wegen der grossen Oeffnung kann ein Stagniren des Eiters in der Keilbeinhöhle, welche dieselbe zu einer Entzündung reizt, nicht mehr vorkommen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

72) **Vorschütz** (Köln). **Zwei Fälle von exstirpirten malignen Tumoren der Keilbeinhöhle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Operation in beiden Fällen nach Partsch.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

73) **Sternberg** (Berlin). **Compendlöser quantitativer Gustometer zu klinischen Zwecken.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1907.*

In einem Kasten befinden sich drei Flaschen mit je Chloroform als Süssstoff, Aether als Bitterstoff und 60proc. Essigsäure als Sauerstoff. In einem besonderen Fach wird für jede Flasche eine auf die Flasche aufsetzbare, regulirbare Luftpumpe aufbewahrt, mittels welcher man abmessbare Mengen des Schmeckstoffes auf die Zunge zur Prüfung bringen kann.

ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Max Joseph. Leukoplakie der Mundhöhle und deren Behandlung. (Leukoplakia of the mouth and its treatment.)** *American Journal of Dermatology. December 1908.*

Mit der Zeit werden die meisten Flecken immer härter (Leukokeratonie). Sobald diese Härte sich entwickelt, werden die vorher unerheblichen subjectiven Symptome ausgesprochener; es treten heftige und lancinirende Schmerzen auf und es bilden sich Fissuren. Als locale Behandlung empfiehlt Verf. Aetzungen mit Milchsäure, mit 5proc. beginnend und bis 50proc. steigend.

EMIL MAYER.

75) **H. G. Anthony. Pigmentation der Mundhöhle. (Pigmentation of the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 28. November 1908.*

A. zählt die verschiedenen Formen der Pigmentation auf. Was die congenitalen anbetrifft, so hält er das Vorkommen von angeborenen Naevi der Mundschleimhaut für sicher und hat selbst solchen Fall gesehen. Auch in dem Fall von Roy (Laryngoscope 1907, S. 868), in dem nachher ein Epitheliom der Mundhöhle entstand, handelte es sich um einen Naevus. Erworbene Pigmentationen kommen vor nach traumatischer Hämorrhagie, bei Addison'scher Krankheit, Skleroderma und Phtiriasis. Die grösste Anzahl der Pigmentationen in der Mundhöhle jedoch ist auf keine dieser Krankheiten zurückzuführen; sie sind fast stets auf der Schleimhaut der Lippen localisirt und bestehen gewöhnlich in scharf begrenzten Pigmentflecken, von deren Existenz die Patienten gewöhnlich nichts wissen. Verf. hat sie niemals bei Gesunden, sondern stets nur bei Personen, die an gastrointestinalen Störungen, Diabetes und Neurasthenie leiden, beobachtet.

LEFFERTS.

76) **Trautmann** (München). **Ueber einen Fall von isolirtem Lichen planus mucosae oris bei einem Luetiker.** *Dermat. Centralbl. XII. 4. 1909.*

Bei dem vor 8 Jahren luetisch inficirt gewesenen und zur Zeit an einem gummösen Process des rechten Siebbeins leidenden 26jährigen Manne beobachtete

T. einen auf der rechten Wangenschleimhaut localisirten Lichen ruber planus, ohne dass an der äusseren Haut sich Lichen nachweisen liess.

SEIFERT.

77) **Joseph** (Berlin). **Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut.** *Dermat. Centralbl. 4. 1909.*

Bei einem 35jährigen Manne traten nach längere Zeit vorangegangenen eigenartigen prämonitorischen Beschwerden gleichzeitig mit Lichenknötchen an der Glans penis Planusknötchen auf der ganzen Zunge auf. Nach Abheilung dieser Eruption fand plötzlich unter Abgeschlagenheit und Schwäche eine enorme Ausbreitung des Lichen auf der Mundschleimhaut statt.

SEIFERT.

78) **Royer, Bory** und **Sartory. Oosporose der Mundhöhle. (Oosporose buccale.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. Februar 1909.*

Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf einen dem Strahlenpilz verwandten Pilz, Oospora buccalis, den man häufig im Verlauf von Mundentzündungen antrifft. Er tritt gewöhnlich in Form einer Tonsillitis mit weissen Flecken auf.

GONTIER de la ROCHE.

79) **Thibièrge** und **Gaston. Drei Fälle von Sporotrichose, von denen einer mit Rachenveränderungen. (Trois cas de Sporotrichose dont un avec lesions du pharynx.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1909.*

Das Gaumengewölbe, das Gaumensegel, die Gaumenbögen, Uvula, Mandeln sind der Sitz einer sehr oberflächlichen Geschwürsbildung auf einer diffusen Infiltration. Die Oberfläche ist filzig, weiss, sieht wie Brotkrume aus. Diese Geschwürsbildung befällt gleichmässig die Epiglottis und das Vestibulum laryngis.

Es ist dies der dritte Fall von Sporotrichose des Pharynx.

GONTIER de la ROCHE.

80) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Pneumokokkeninvasion des Halses. Bemerkung zu Sir Felix Semon's Aufsatz in Heft 7, Jahrg. 1908 dieser Zeitschrift.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Ruprecht vermuthet, dass die zweite Mittheilung Semon's zu einer irrthümlichen Auffassung seiner Einwände Veranlassung geben könne; er stehe der Möglichkeit einer potentiellen Infectionsfähigkeit des Fränkel'schen Diplococcus durchaus nicht zweifelnd gegenüber, er habe nur folgendermaassen argumentirt: „Weil der Diplococcus (Fränkel) der regelmässigste Rachenbewohner ist und weil gerade seine virulente Varietät mit grösserer Wachsthumsenergie begabt ist, als die übrigen Rachenpilze, wird er in Rachenabwischculturen leicht dominiren und eine irreführende Rolle spielen. Daher sind Befunde dieser Diplokokken beim Kulturverfahren mit besonderer Vorsicht aufzunehmen.“ Es wäre daher bei diesen Fällen eine Virulenzprüfung der Diplokokken durch Thierexperiment wünschenswerth. Dennoch halte er es nach Semon's letzter Mittheilung für wahrscheinlich, dass hier eine bislang nicht beobachtete eigenartig charakterisirte Erkrankung vorliege.

HECHT.

81) **N. Sack** (Moskau). **Einige Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn F. Semon: „Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses.“** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Sack erinnert an einen von ihm früher publicirten (Monatsschr. f. Ohrenheilkde .etc. 1904, Heft 8) ähnlichen Fall, bei dem es sich um eine Mischinfektion von Lues mit Angina Vincenti handelte, und giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass man bei solchen ätiologisch dunklen, protrahirten Krankheitsfällen „zuerst an Mischinfectionen von zwei, event. auch mehreren verschiedenen Krankheitsformen denken müsse“. Er vermuthet, dass es sich bei den Semon'schen Fällen auch um eine Symbiose von zwei Krankheitsformen — Lues und Pneumokokkeninvasion — gehandelt habe. „Auf den Schleimhäuten können sich, ebenso wie auf der Epidermis, gleichzeitig zwei ganz verschiedene Krankheitsprocesse abspielen, die sich gegenseitig unterstützen und das Bild der Erkrankung unverständlich machen.“ HECHT.

82) **Mann** (München). **Ueber fibrinöse Schleimhautentzündung (Stomatitis fibrinosa) durch Pneumokokkeninfektion.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Die Krankengeschichten dreier einschlägiger Fälle werden in extenso mitgetheilt und deren bakteriologisches Untersuchungsresultat eingehend besprochen. Es liess sich bei allen 3 Fällen ein typisches, durch Pneumokokkeninfection des Blutes hervorgerufenes Krankheitsbild auffinden. Das bei dem ersten Falle wiederholt eingespritzte Römer'sche Pneumokokkenserum beeinflusste den Krankheitsverlauf nach keiner Richtung. HECHT.

83) **Schomerus** (Hamburg). **Endemisches Auftreten der Angina pneumococcica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Schomerus berichtet über zwei Angina-Endemien, die in der Entbindungsanstalt des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auftraten. Die bakteriologische Untersuchung ergab durch Kulturen von Schleimhautabstrichen den Diplococcus lanceolatus rein oder fast in Reinkultur. Die Angina trat entweder unter der erythematösen oder unter der pseudomembranösen Form auf und verlief mild, das Wochenbett wurde in seinem Ablauf nicht gestört. Bemerkenswertherweise blieben die Neugeborenen von jeder Pneumokokkenerkrankung verschont. Als charakteristisch für diese Pneumokokkenanginen konnte Autor fast regelmässig neben der intensiven Schleimhautröthung „circumscripte, grauweissglasige, glatte Epitheltrübungen auf dem vorderen Gaumenbogen oder auf der Uvula“ beobachten.

HECHT.

84) **Dubreuil Chambardel. Asialie infolge totaler Atrophie der Speicheldrüsen. (Asialie par atrophie totale des glandes salivaires.)** *Gaz. méd. du Centre. 1. März 1908.*

Die Beobachtung betrifft einen 61 jährigen Mann. Verf. citirt eine analoge Beobachtung von Zajari und giebt eine Uebersicht über die Störungen der Speichelsecretion sowie die Ursachen, die für Entstehung einer Atrophie der Speicheldrüsen in Betracht kommen. BRINDEL.

85) **Souques und Chené. Atypische Formen der Mikulicz'schen Krankheit. (Formes atypiques de la maladie de Mikulicz.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 26. Februar 1909.*

Der Fall, betrifft einen 82jährigen Greis, der seit der Kindheit, vielleicht seit der Geburt, eine beiderseitige symmetrische Schwellung der Speicheldrüsen, der Parotis und Submaxillaris aufweist. Diese Hypertrophie ist von keinen Beschwerden, keinerlei Schmerzen begleitet. Die Thränendrüsen sind normal. Es hat sich keine diathetische Ursache für die Erkrankung auffinden lassen.

Verf. betrachtet — trotz der Integrität der Thränendrüsen — den Fall als eine atypische und unvollkommene Form der Mikulicz'schen Krankheit.

A. CARTAZ.

86) **Isabella C. Herb. Experimenteller Mumps. (Experimental mumps.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

Verf. hat unter anderen einen Coccus isolirt, der bei Parotitis am häufigsten als Diplococcus sich findet. Bezüglich des anatomischen Befundes wird gesagt: „Die Parotis ist gleichmässig vergrössert und fest. Von der Schnittfläche tritt ein dünnes, gelbliches Exsudat hervor. Die glanduläre Structur ist wohl erhalten. In den Frühstadien besteht eine leichte Schwellung der Zellen in den Acini und gelegentlich eine Undeutlichkeit der Kerne. Später kommt eine Einwanderung von Leukocyten hinzu. Die interstitiellen Veränderungen bestehen in serösem Exsudat und Einwanderung von Leukozyten. Es besteht intensive Hyperämie und gelegentlich Diapedese rother Blutkörperchen, gelegentlich kommt es sogar bis zu leichter Hämorrhagie. In dem über der Drüse liegenden Gewebe besteht eine ausgesprochene zellige und seröse Infiltration. Nach Resorption des Exsudats kehrt die Drüse schnell zur Norm zurück."

EMIL MAYER.

87) **Magnard Heath. Bemerkung über einen Fall von eitriger Parotitis bei einem Kind. (A note on a case of suppurative Parotitis in an infant.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Ein drei Monate altes Kind war drei Monate lang krank mit Temperatursteigerung. Es trat Schielen und Nackensteifigkeit ein, sowie Cheyne-Stokes-sches Athmen während 24 Stunden. Dann zeigte sich eine Schwellung der Parotis. Der Eiter im Ductus Stenonianus enthielt Staphylococcus pyogenes citreus. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

88) **Wertheim. Ein Fall von Verletzung des Nervus sublingualis. (Przypadek uszkodzenia nerwu podjezykowego.)** *Medycyna. 1908.*

Ein sehr seltener Fall betraf einen 17jährigen Jüngling, der einen Stich in den Hals erhielt, wobei eine sehr reichliche, bis zur Ohnmacht sich steigernde Blutung eintrat. Die Wunde befand sich auf der linken Halsseite in der Gegend des Cornu majus ossis hyoidei und hatte ca. 1 cm Länge. Die Austrittsswunde befand sich an der rechten Halsseite unterhalb der Mandibula und hatte ca. 2 cm Länge. Der Zustand des Kranken war schwer. Mit Mühe wurde die verletzte Arterie und Vena lingualis gefunden, sie lag ziemlich in der Mitte des sog. Pirogoff'schen Dreiecks, wo man gewöhnlich die klassische Unterbindung der ge-

nannten Arterie vollzieht. Die beiden verletzten Arterien wurden unterbunden, die Wunde zugenäht und dem Patienten darauf 700 g physiologischer Kochsalzlösung eingespritzt. 3 Tage darauf entstanden allmählich Erscheinungen, die dafür sprachen, dass nicht nur die Gefässe, sondern auch die Nerven verletzt waren, es bestand deutliche nasale Sprache. Der Kranke begann zu stammeln und klagte über Schmerzen bei Zungenbewegung. 2 Wochen nach der Verletzung wurde deutlich Blässe der linken Hälfte der Zunge, die dabei etwas schmäler erschien, gefunden. Bei Bewegungen wurde deutlich eine Verminderung der Beweglichkeit der linken Hälfte wahrgenommen, die Seite zeigte auch eine deutlich verminderte Reaction auf den faradischen Strom. Geschmack und Tastsinn waren auf beiden Seiten unverändert. Im gebesserten Zustande verliess der Kranke einige Tage darauf das Krankenhaus.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Notiz des Herausgebers. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Es werden die Symptome des Speichelsteins, seine Differentialdiagnose gegen die acute Entzündung der Submaxillaris und die Art seiner operativen Entfernung besprochen.

EMIL MAYER.

90) **H. Haenisch** (Kiel). **Ueber die pathologische Anatomie und Aetiologie der schwarzen Haarzunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 430. 1908.*

Verf. führt aus Kultur und histologischen Untersuchungen den Beweis, dass die schwarze Haarzunge keine Mykose ist und gelegentliche Funde von schwarzen Pilzen auch nichts mit der Aetiologie dieser Krankheit zu thun haben. Man sieht aus seinen Abbildungen, wie aus dem Epithellager der Papille sich die Fortsätze zuerst von festgefügten, häufig dachziegelförmig angeordneten Epithelien mit deutlich gefärbten Kernen bilden, wie dann im weiteren Verlaufe die Epithelien immer fester aneinander liegen, allmählich ihre Kerne verlieren und weiterhin nur noch als homogene Masse mit theilweise abgeschilferten Rändern und häufig gespaltener Spitze zu erkennen sind. Zwischen den einzelnen Fortsätzen liegen viele lose Plattenepithelien. Die Haare sind demnach also weiter nichts als hypertropische, distalwärts verhornte Papillae filiformes.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

91) **M. L. Bizard. Schwärzung der Zunge durch Wasserstoffsuperoxyd. (Blackening of the tongue by Hydrogen Dioxide.)** *N. Y. Medical Journal. 14. November 1908.*

Bei einem Raucher stellte sich nach 8tägigem Gebrauch eines Mundwassers, das aus einem Theelöffel Wasserstoffsuperoxyd auf ein Glas Wasser bestand, eine ausgesprochene Schwarzfärbung des Zungenrückens ein, die nach Aussetzen des Mundwassers in einigen Tagen wieder verschwand. Derselbe Effect war bei zwei Patienten, die während einer Injectionscur mit grauem Oel das gleiche Mundwasser benutzten.

Verf. bespricht im Anschluss daran die Frage von der Wahl der Mundwässer und gelangt zu dem Ergebniss, dass bei gesunden Personen sich der Gebrauch von Antisepticis erübrigt und es nur auf peinliche Reinigung ankommt.

LEFFERTS.

92) **Richard W. Johnston. Einige interessante Zungenfälle. (Some interesting tongue cases.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. beschreibt folgende Fälle:

1. Schwarze Haarzunge. Nigrities. Hyperkeratosis linguae.
2. Varicöse Venen auf der Zunge.
3. Excoriation der Zunge.
4. Erythema migrans.
5. Fibrom der Zunge.
6. Dermoidcyste unter der Zunge.
7. Gummöse Ulcerationen.
8. Acute parenchymatöse Hemiglossitis.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

93) **J. Howland. Circulationsstörungen bei Diphtherie. (Circulatory disturbances in diphtheria.)** *Journal of the American Medical and Surgical Association. December 1908.*

Die auf der Höhe der Krankheit vorkommenden Circulationsstörungen sind immer fatal; seit Anwendung des Antitoxin sieht man sie nur noch selten. Sie kommen häufiger bei älteren Kindern oder jüngeren Erwachsenen vor, bei denen die Halskrankheit einige Tage lang vernachlässigt war. Der Patient bietet dann alle Erscheinungen einer malignen Diphtherie dar. Die Herzaction ist bedeutend beschleunigt, bei anderen nur etwas vermehrt, die Töne sind eine Zeit lang von normaler Beschaffenheit, der Blutdruck nicht viel unter der Norm. Bald jedoch, obwohl die Halssymptome abnehmen, wird der Puls schwächer, der Blutdruck sinkt rapide und constant, die Herzaction wird schwächer und es tritt Collaps ein.

EMIL MAYER.

94) **Borrnio. Ueber das Facialisphänomen bei der Diphtherie. (Sul fenomene del faciale nella difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1908.*

Bei 647 Fällen der Florentiner pädiatrischen Klinik fand Verf. das Chvosteck'sche Phänomen, das er als eine Wirkung der Diphtherietoxine auffasst.

FINDER.

95) **G. Mya. Lungenemphysem und fettige Degeneration des Zwerchfells bei der Diphtherieintoxication. (Enfisema polmonare e degenerazione grassa del diaframma nella intossicazione difterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. August 1908.*

Bei der mit gleichzeitiger Schwellung der Lymphdrüsen am Halse, Myocarditis, Albuminurie, Hauthämorrhagien und Muskelschwäche einhergehenden nekrotischen Form der Diphtherie fand Verf. im Stadium der Allgemeinintoxication häufig eine Ausdehnung der Lungengrenzen über die normalen Grenzen; in einigen Fällen zeigte sich dieses Emphysem bereits 6—7 Tage vor dem Tode. Auf dem Sectionstisch findet man dann die Bestätigung des Emphysems.

Verf. theilt 2 Fälle mit: in beiden bestand ausser dem Lungenemphysem auch ein Emphysem des Mediastinum, das am Lungenhilus beginnend und längs

der Trachea nach oben bis zum Halse gehend wahrscheinlich durch Einriss in die Lunge bedingt war.

Ferner macht Verf. auf eine bisher nicht bekannte Erscheinung aufmerksam: die fettige Degeneration der Zwerchfellmuskulatur, die er auch experimentell bei Meerschweinchen durch Einwirkung von Diphtheriebacillen und Diphtherietoxine erzeugen konnte.

FINDER.

96) **Griffon. Mandelabscesse und Diphtherie. Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Abcès amygdaliens et diphtérie. Perforations du pilier antérieur.)** *Soc. méd. des hôpit. 12. März 1909.*

Die Patientin hat im Verlauf einer Diphtherie mit multiplen Lähmungen einen Mandelabscess gehabt, der sich spontan durch den vorderen Gaumenbogen hindurch öffnete; diese Perforationsöffnung schloss sich jedoch nicht, die Ulceration vergrösserte sich und 8 Monate später bestand eine Perforationsöffnung mit fibrösen Rändern.

Simonin hat gleichfalls im Verlauf einer Diphtherie eine tiefe Ulceration auftreten sehen, die keine Heilungstendenz zeigte. Es handelte sich um Diphtherie mit gleichzeitigem Vorkommen von Spirillen und fusiformen Bacillen.

A. CARTAZ.

97) **D. H. Ransom. Prophylaktische Wirkung des Antitoxin auf die Frucht im Uterus. (Prophylactic effect of antitoxin on the child in utero.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Der diphtheriekranken, kurz vor der Entbindung stehenden Mutter injicirte Verf. 4000 und 12 Stunden später noch 3000 I.-E. Zehn Stunden nach der zweiten Injection wurde das Kind geboren. Verf. liess das Kind bei der Mutter, die ihm die Brust gab. Die Mutter fieberte und es blieben Membranen im Pharynx bis ungefähr drei Tage nach der Entbindung; das Kind war und blieb völlig gesund.

Verf. nimmt an, das Kind habe durch das Blut der Mutter eine Schutzdosis Antitoxin erhalten.

EMIL MAYER.

98) **Albert Uffenheimer** (München). **Weshalb versagt das Behring'sche Diphtherie-Heilserum in gewissen Fällen? Klinisch-experimentelle Studie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

99) **Julius Grósz** und **Helene Báu** (Ofen-Pest). **Ueber Pyecyanasebehandlung der Diphtherie.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Bei schweren Fällen von Larynx-Croup und -Diphtherie wandten Autoren neben dem Serum noch Pyocyanase an, und zwar in der Weise, dass sie mit einem in der Arbeit abgebildeten Apparat die Pyocyanase in kleinen, oft wiederholten Dosen direct in den Kehlkopf sprayten. Diese Anwendungsweise hat vor Inhalation den Vorzug, dass das Medicament unverdünnt und in grösserer Menge auf der Kehlkopfschleimhaut zur Wirkung gelangt. Der Erfolg befriedigte Autoren sehr; Intubation liess sich trotz der schweren Symptome mehrmals vermeiden, in anderen Fällen wurde die Extubation frühzeitiger ermöglicht. Die übrigen, schon

mehrfach in der Literatur niedergelegten günstigen Folgeerscheinungen der Pyocyanaseapplication finden auch durch die Autoren eine neue Bestätigung.

HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber die Lautgebungsstelle in der Hirnrinde des Hundes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 500. 1908.*

Die Ergebnisse der sehr eingehenden Untersuchung sind kurz zusammengefasst folgende:

Erstens sind bei der Nachprüfung die schon bekannten Hirnrindencentren für die einzelnen Theile des Lautgebungscomplexes noch einmal festgestellt worden. Diese Nachprüfung umfasste die genaue Festlegung der Hirnrindenorte für die Bewegung der Stimmlippen, der Rachenschnürer, der Zunge, der Kiefer, der Thorax-, der Bauchmuskeln und des Zwerchfells. Hierbei wurde festgestellt, dass mit der Erregung der Athmung von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. und von der Athemstelle im Stirnhirn gleichzeitig eine Inspirationsbewegung der Stimmlippen, d. h. eine ausgiebige Abduction derselben auftritt. Ferner wurde ein zweites Kehlkopfbewegungscentrum in der zweiten Windung gefunden, es wurden die bisher allseitig bestrittenen Masini'schen Untersuchungen über die Erzeugung einseitiger Kehlkopfbewegungen bestätigt, sowie schliesslich ein einseitig peripherer Reflex des Kehlkopfs gefunden.

Zweitens gelang es, von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. aus auf beiden Seiten des Grosshirns den gesammten Lautgebungscomplex des Hundes auf elektrische Reizung auf einmal in Bewegung zu setzen, d. h. während noch bestehender Athemwirkung auf die Hirnrinde einen knurrenden, quarrenden Ton, während des wachen Zustandes des Thieres laute Belltöne mit gleichzeitiger Thätigkeit aller Exspirationsmuskeln und der Muskeln, die ausserdem beim Belllaute thätig sind. Wie die Phonation mit der Exspiration und den Kehlkopf-, Rachen-, Gaumen-, Zungen- und Kieferbewegungen zusammenfällt, so wird sie auch von einem Orte im Gyrus centr. ant. der Hirnrinde erzeugt, von welchem gleichzeitig Exspiration und die für die Lautgebung nöthigen Bewegungen des Kehlkopfs, des Rachens, Gaumens, der Zunge und des Kiefers erzeugt werden. Der ganze Lautgebungscomplex tritt auf elektrische Reizung hin stets mit gleichzeitiger Arbeit aller betheiligten Muskeln auf einmal auf. Die beiderseitige Exstirpation der Lautgebungsstelle, sowie die Ausschaltung der Athemverbindungen infolge der Abtrennung des Kleinhirns hatte einen mehr als dreimonatigen Ausfall der Bellfähigkeit mit gleichzeitigem Auftreten von Bewegungsstörungen der Stimmlippen und herabgesetzter Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut zur Folge.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Wesley Mills. Wesentliche Punkte bei der Stimmproduction. (Essentials of voice production.)** *Laryngoscope. Juli 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Montreal 1908.

EMIL MAYER.

102) **W. A. Wells. Der Einfluss des Allgemeinzustandes auf die Stimme. (The voice as affected by general conditions.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 11. September 1908.*

Verf. bespricht den Einfluss von Alter, Umgebung, Kleidung, Beschäftigung, Anstrengung, Alkohol und Tabak, sowie die Wirkungen der verschiedenen Krankheiten: Chlorose, Malaria, Tuberculose, Syphilis und acute Infectionskrankheiten auf die Stimme. Er betrachtet die Stimme bei Influenza als charakteristisch. Er betrachtet auch die Beziehungen zwischen Stimme und Sexualorganen. Ferner wird die Stimme der Schwerhörigen und Tauben besprochen. EMIL MAYER.

103) **Theodor S. Flatau** und **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Die Singstimme des Schulkindes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 327. 1908.*

Verff. berichten über die Resultate von 575 einzelnen Functionsuntersuchungen.

Chronische Heiserkeit wurde unter diesen 575 Untersuchten 239mal beobachtet, was einem Procentsatz von 41,6 entspricht.

Bezüglich der extensiveren Stimmleistung geben die Verff. aus ihren Protocollen für jedes Schuljahr, für jeden Jahrgang, für jedes Geschlecht die genaue Zahl derer an, die die gleichen oberen und die gleichen unteren Grenztöne haben.

Für die Grenztöne und ihre Häufigkeit (obere und untere Stimmgrenzen), für die kleinste und grösste Zahl der Halbtöne in jedem Prüfungsalter, den durchschnittlichen Stimmenumfang in Halbtönen sind übersichtliche Tabellen beigefügt. Zum Schlusse ist eine kurze Skizze der laryngoskopischen Untersuchung gegeben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **E. Hopmann** (Köln). **Ueber Aphthongie.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Juni 1908.*

Im Allgemeinen dürfte es berechtigt sein, die Aphthongie nicht als besonderes Krankheitsbild aufrecht zu erhalten, sondern nur als bezeichnenden Namen für das Symptom der unter gewissen Bedingungen plötzlich auftretenden völligen Sprachlosigkeit. Dieselbe kann durch Krämpfe bedingt sein, welche auf das Hypoglossusgebiet beschränkt sind und nur beim Sprachversuche auftreten; in anderen Fällen erscheint sie ohne jeden sichtbaren Krampf. Das Symptom findet sich meist bei Stotterern, selten vielleicht auch bei Hysterischen. SEIFERT.

105 **W. L. Holt. Ein Fall von unveränderter Knabenstimme bei einem Manne, die durch Singübungen wieder normal wurde. (A case of unchanged boy's voice in a man which was made normal by singing oxorcises.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach 6 wöchentlichen Uebungen sprach Patient eines Tages mit normaler männlicher Stimme. Während er vorher nur Sopran singen konnte, begann er plötzlich Bass zu singen und so ist es jetzt seit einem Jahr geblieben.

EMIL MAYER.

106) **J. Kubo. Ueber die psychische Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Fukuoka-Universitäts-Mittheilungen. Bd. II. Heft 1. 1908.*

Nach der Beschreibung der Symptome und des laryngoskopischen Be-

fundes der hysterischen Aphonie empfiehlt der Verf. psychische Behandlung in folgender Weise: Zuerst soll dem Patienten zum Bewusstsein gebracht werden, dass er Stimme hat. Man lässt den Patienten mehrmals husten oder plötzlich tief athmen, so dass er unerwartet seine eigene Stimme hört. Dann muss man den Patienten die plötzlich entstandenen Stimmen wiederholen lassen. Eine „äh“-tönende tiefe Inspiration und eine kurze forcirte „ä“-tönende Exspiration werden abwechselnd wiederholt, bis der Patient müde wird. Die Vocale werden zuerst versucht auszusprechen, dann m und n, wie Summen. Die Uebung der Aussprache der Combinationen von Vocalen und Consonanten folgt allmählich. Wenn der Patient während dieser Uebung wieder stimmlos wird, so muss man die obige Procedur wiederholen. Die bisherigen Behandlungen, z. B. elektrische, medicamentöse etc., sind nicht so erfolgreich, wie diese psychische Behandlung, bei der ein Kranker seine Stimme oft in 15 Minuten wiederbekommt. Am Schlusse citirt Verf. das Wunder im 15. Capitel Mathäus („Die Stummen redeten“) als ein Beispiel von hysterischer Aphonie.

AUTOREFERAT.

107) **Th. S. Flatau. Neue Beobachtungen über Phonasthenie. (Nuove osservazioni sulla fonastenia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Vol. XIX. II. Heft 4. 1908.*

Verf. bespricht besonders die Frühsymptome der Stimmschwäche und zwar zunächst den Schmerz: Ausser den bekannten Hals- und Brustschmerzen der Phonastheniker und den vom Verf. beschriebenen Nackenschmerzen hat er in einer Reihe von Fällen auch Schmerzen im Kiefer und seltener in einer Hälfte des Kinns beobachtet, die bisweilen — besonders während des Singens — so unerträglich werden können, dass die Patienten sich scheuen, mit tönender Stimme zu sprechen. Weiter bespricht Verf. den phonasthenischen Husten und das phonasthenische Schlucken. Letzteres wenig bekanntes Symptom ist dadurch charakterisiert, dass der Patient, wenn er eine Zeit lang gesprochen hat, im Halse den unwiderstehlichen Drang zum Schlucken empfindet.

Verf. wendet sich dann zu den äusseren Symptomen der Phonasthenie. Zu diesen gehören ausser den Schluckbewegungen, Räuspern, Angsterscheinungen bei den an Phonasthenie leidenden Rednern, bestehend in Blässe, Schweissausbruch und in schweren Fällen plötzliches völliges Versagen der Stimme.

Therapeutisch verwendet Verf. mit Vorliebe eine Combination von Elektricität — und zwar den unterbrochenen constanten Strom — mit Vibration. Bei schon länger bestehenden Formen, die durch offenkundige hyperkinetische functionelle Störungen charakterisirt sind, verwendet Verf. die Bier'sche Stauung, indem zu beiden Seiten der Schildknorpelplatten je ein Saugapparat aufgesetzt wird. Zuletzt wird die Anwendung der Widerstandsgymnastik besprochen.

FINDER.

108) **L. Pierce Clark** und **E. W. Scripture. Das epileptische Stimmzeichen. (The epileptic voice signe.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

Es ist wahrscheinlich, dass bei Personen, die an Nerven- und Geisteskrankheiten leiden, sich charakteristische Stigmata in der Stimme finden, wie das z. B. für die Paralysis agitans bekannt ist.

Bei den Epileptikern fällt die Ausdruckslosigkeit der Stimme auf; sie sind unfähig, schön zu singen oder gut zu reden. Für Jemanden, der längere Zeit in einer Anstalt für Epileptiker gelebt hat, ist diese Thatsache sehr auffallend. Verff. haben graphische Aufnahmen der Stimmen von Epileptikern gemacht und sind zu folgenden Resultaten gelangt: Clark war im Stande, unter 100 Fällen die Krankheit 75mal allein durch die Stimme zu diagnosticiren. Es giebt keinen ähnlichen Defect bei irgend einer andern Nerven- oder Geisteskrankheit. Es wurden alle Typen von Epilepsie studirt. Je schwerer die Epilepsie ist und je länger sie besteht, desto ausgesprochener ist das Stimmsymptom. Dieses scheint von der Gehirndegeneration abhängig zu sein. Das Stimmsymptom besteht mindestens mehrere Jahre lang, auch wenn Anfälle fehlen. LEFFERTS.

109) **Neufeld** (Berlin). **Ueber Kehlkopfveränderungen bei Akromegalie.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 64. 1908.*

Bei einer 40jährigen Patientin mit Akromegalie fand sich Vergrösserung und Verdickung der Epiglottis, voluminöse Taschenbänder und Stimmbänder, an Stelle der Aryknorpel tumorartige Gebilde von Erbsengrösse, welche bei der Phonation die hintere Abtheilung der Stimmbänder verdeckten, hornartiges Vorspringen der Santorini'schen Knorpel, Verdickung der hinteren Kehlkopfwand. SEIFERT.

110) **Maimin** (Postoky). **Die laterale Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Bern 1907/8.*

97 Fälle von Kehlkopf-Lungentuberculose aus der städtischen Poliklinik der Stadt Bern und dem cantonalen Volkssanatorium Berns.

Auffallend sind die grossen Differenzen zwischen den Zahlen verschiedener namhafter Autoren, zwischen 7,9 pCt. und 40 pCt. und in dieser Arbeit gar 56,7 pCt.! Offenbar liegen da ganz verschiedene Beurtheilungen der Fälle zu Grunde. Man sollte sich in dieser interessanten Frage dahin einigen, nur streng ein- und gleichseitige Lungen-Kehlkopftuberculosen als erwiesene laterale Correspondenzen zu rechnen. Sobald beiderseitig die Lungen oder beiderseitig der Kehlkopf befallen ist, unterliegt die bezügliche Beurtheilung sehr subjectivem Ermessen. Nach oben bezeichnetem Grundsatz wäre das Ergebniss in dieser Arbeit nur 11,33 Correspondenzen! In medicinischer Statistik kann nicht leicht zu viel gesichtet werden! JONQUIÈRE.

111) **W. E. Casselberry. Tuberculose des Kehlkopfs; die Form, die sich zur Heilung eignet und die Principien der Behandlung. (Tuberculosis of the larynx; the type which is capable of recovery and the principles of treatment.)** (Vortrag, gehalten auf dem Tuberculose-Congress Washington 1908.) *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. giebt eine Charakteristik derjenigen Fälle von Kehlkopfschwindsucht, bei denen Aussicht auf Heilung vorhanden ist. Er betont, dass die drei Cardinalprincipien der Tuberculosebehandlung — Ruhe, Freiluftbehandlung und forcirte Ernährung — bei Kehlkopfaffection energischer angewandt würden, als bei Lungenerkrankung allein. Die Ruhe muss aufgefasst werden nicht nur als Ruhe des Körpers und Geistes, sondern vor Allem auch der Stimme; sie ist für den er-

krankten Larynx genau so nöthig wie die Ruhestellung des tuberculös erkrankten Gelenks. Was die Freiluftbehandlung anbelangt, so kommt es vornehmlich darauf an, dass ein Ort gewählt wird, an dem eine eventuell nothwendige Localbehandlung durchgeführt werden kann. LEFFERTS.

112) U. C. Getchell. **Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Boston Medical und Surgical Journal. 24. December 1908.*

G. ist der Ansicht, dass der Kehlkopf auf dem Blut- oder Lymphwege inficirt wird. Er misst der Anämie des Larynx nicht die Bedeutung eines prämonitorischen Symptoms bei. Verf. bekämpft die Auffassung, dass man in den als hoffnungslos angesehenen Fällen die Hand fortlassen soll, denn unter der Behandlung stellt sich oft heraus, dass die aussichtslosen Fälle sich zu aussichtsreichen gestalten.

Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt Verf., abgesehen von den allgemeinen Maassregeln, intratracheale Injectionen von:

Rp. Guajacol 1,3
Menthol 2,6
Ol. Olivar. 27,0.

Er theilt für die Behandlung die Fälle in drei Klassen: Die erste charakterisirt durch mässiges Befallensein mit activen Entzündungserscheinungen, mit oder ohne Ulceration, mit Lungenerscheinungen und constitutionellen Symptomen; für diese Klasse eignet sich Sanatorienbehandlung und absolute Schweigekur, antiseptische Sprays und milde Inhalationen. Auf die Ulcerationen wird Jodoform aufgeblasen. Bei der zweiten Klasse bestehen localisirte Infiltrations- oder Ulcerationsherde mit inactiver Lungenläsion und ohne ausgesprochene constitutionelle Symptome; hier ist eine mehr active Behandlung angezeigt (Milchsäure mit nachfolgenden reinigenden Sprays und Zerstörung der localisirten Infiltrationsherde). Bei der dritten Klasse mit extensivem Befallensein des Larynx, besonders der Aryknorpel mit Infiltration der Epiglottis muss man sich darauf beschränken, die Schmerzen zu lindern und gegen die Erschwerung der Respiration einzuschreiten. EMIL MAYER.

113) George Fetterolf. **Die Symptomatologie der Kehlkopftuberculose. (The symptomatology of tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 23. Januar 1909.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der Symptome der Kehlkopfschwindsucht und berücksichtigt besonders die Anzeichen, die geeignet sind, den Hausarzt — bereits ohne dass eine laryngoskopische Untersuchung vorgenommen ist — auf den Verdacht der Erkrankung hinzuleiten. LEFFERTS.

114) Dubar. **Larynxtuberculose und Syphilis. (Tuberculose laryngée et syphilis.)** *Société de médecine de Paris. 12. Februar 1909.*

Es giebt Mischformen von Kehlkopftuberculose und Syphilis. Die Behandlung muss sich zuerst gegen die Syphilis richten. In dem mitgetheilten Fall wurde Jod angewandt; die Tuberculose nahm weiter ihren Verlauf.

Mortier spricht die Ansicht aus, dass Quecksilber die Entwicklung der Tuberculose beschleunigt.

GONTIER de la ROCHE.

115) **Thimoty Keardon. Tuberculöse Ulceration am Petiolus der Epiglottis. (Tubercular ulceration of the Petiolus region of the epiglottis.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Die Ulceration blieb ungefähr 2 Monate lang stationär; dann wurden auch die Aryknorpel und ary-epiglottischen Falten ergriffen. Anfangs bestand sonst nirgends im Kehlkopf eine Ulceration.

EMIL MAYER.

116) **Jörgen Möller. Die Amputation der Epiglottis bei Personen mit Kehlkopftuberculose. (L'amputation de l'épiglotte chez les personnes atteintes de tuberculose du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Nach einer historischen Einleitung bespricht Verf. die Indicationen dieser Operation. Er berichtet dann über zahlreiche Details, zehn persönliche Beobachtungen. Die Resultate waren ermuthigend; wenn man nichts weiter erreichte als eine Beseitigung der Dysphagie, so würde dies bereits einen grossen Vortheil bedeuten.

BRINDEL.

117) **Hugo Kraus** (Sanatorium Wienerwald-Pernitz, Niederösterreich). **Zur Technik der Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1909.*

Beschreibung der Technik und Angabe nebst Abbildung eines vom Autor construirten, leicht verstellbaren und gut fixirbaren „Ständerspiegels" zur Reflectirung des Sonnenlichtes in den Rachen.

Die Sonnenlichtbestrahlung erzielte bei ausgewählten Fällen sehr beachtenswerthe Resultate.

HECHT.

118) **Hering. Allgemeine und chirurgische Behandlung der Lungentuberculose. (Obschtschéje i chirurgitscheskeje letschnije tuberkulesa gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 469. 1908.*

Hering wiederholt hier seine bereits bekannten Anschauungen hauptsächlich über chirurgische Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberculose. Die Gefahr der Blutung wie auch der übrigen Complicationen ist gering, die Technik lässt sich aneignen. H. stelt die galvanocaustische Behandlung der chirurgischen gegenüber.

P. HELLAT.

119) **C. P. Grayson. Einige chirurgische Eventualitäten bei Larynxtuberculose. (Some surgical emergencies associated with the tuberculous larynx.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal 1908.

EMIL MAYER.

120) **Sargnon** und **Barlatier. Chirurgische Behandlung der tuberculösen Kehlkopfstenosen. (Traitement chirurgical des sténoses tuberculeuses du larynx.)** *Province médicale. 6. Februar 1909.*

Verff. sind der Ansicht, dass bei der Kehlkopftuberculose ausser beim Ein-

treten schwerer Stenose nur ausnahmsweise eine chirurgische Behandlung gerechtfertigt ist. Im Fall von Respirationsstörungen ist die Tracheotomie vorzuziehen; Laryngofissur und Laryngostomie können nur indicirt sein, wenn der Allgemeinzustand ausgezeichnet ist.

GONTIER DE LA ROCHE.

121) **Careillon** und **Chalier** (Lyon). **Spontane Perforation der Trachea durch eine den linken Recurrens einhüllende tuberculöse Drüse. (Perforation spontanée de la trachée par un ganglion tuberculeux englobant le récurrent gauche.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 15. Juli 1908.*

Das demonstrirte Stück rührt von der Section einer Frau von 35 Jahren her, die an Erstickungsanfällen und Lähmung des linken Stimmbandes litt. Der Tod trat plötzlich ein.

GONTIER de la ROCHE.

122) **D. v. Navratil** (Budapest.) **Eine neue ringförmige Trachealnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1908.*

Nach verschiedenen Versuchen entschloss sich Verf., nur die starke Schleimhaut der Luftröhre zu vernähen und die Knorpel, welche sonst sehr leicht von den Nähten durchgeschnitten werden, zu schonen. Um dies ausführen zu können, wird der Knorpel eines Trachealringes submucös entfernt. Versuche an Hunden, welche 4—8 Wochen nach der Operation getödtet wurden, bewiesen, dass diese Methode, deren ausführliche Beschreibung das Lesen des Originalartikels erheischt, eine vollkommene Adaptirung der Luftröhre ohne nachfolgende Verengerung ermöglicht. Verf.'s Vorschlag, bei totaler Larynxexstirpation vor Annähen des Stumpfes an die Haut einen Trachealring submucös zu entfernen, ist sehr beachtenswerth.

v. NAVRATIL-POLYAK.

123) **D. R. v. Bleiweis** (Laibach). **Eine einfache Sprechcanüle, insbesondere zum Gebrauch nach Tracheotomie wegen Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 163. 1907.*

Bei Verf.'s Canüle ist das Ventil in einer besonderen aus Silber verfertigten Kammer untergebracht, die mittels Bajonettverschlusses dem vorderen Canülenende aufsitzt. Das Ventilkügelchen ist aus Aluminium und legt sich beim Sprechen dicht an den entsprechend ausgehöhlten Vordertheil der Kammer an, während es beim Einathmen nach rückwärts gezogen wird, ohne hierbei ein unangenehmes Geräusch zu verursachen. Das Kammerstück kann mit Leichtigkeit von der Canüle abgenommen werden, indem die innere Röhre etwas vorgezogen und mit zwei Fingern fixirt wird. — Verf.'s Patient hat diese Canüle mit bestem Erfolge verwendet. Er trug sie vollkommen unsichtbar, durch einen bequemen Halskragen verdeckt. Leuten, die mit ihm zusammen kamen, fiel wohl die etwas leisere Stimme auf, aber niemand kam auf den Gedanken, dass er eine Canüle trage. Die Canüle wurde von der Firma H. Reiner (Wien) ausgeführt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

124) **William Kirk. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroid glands.)** *Albany Medical Annals. November 1908.*

Totale Entfernung der Parathyroiddrüsen hat bei vielen Thieren acute Symptome, Tetanie und Tod im Gefolge; beim Menschen folgt auf ihre Entfernung Ausbruch nervöser Symptome von ernstem Charakter. Diese Thatsachen sind von grosser Bedeutung für die Kropfoperation, da die kleinen Drüsen leicht übersehen werden können. EMIL MAYER.

125) **Preobrashenski. Behandlung der Struma mit Arsenval'schen Strömen. (Letschenie suba tokami Arsonwalja.)** *Westnik uschn. gort. nos. b. p. 81. 1909.*

P. behandelte 2 Fälle und erzielte gute Resultate. P. HELLAT.

126) **Aspinwall Tudd. Weitere Mittheilungen über Behandlung vergrösserter Schilddrüsen mittels Röntgenstrahlen und hochfrequenter Ströme. (Further reports of treatment of enlarged thyroid by means of the x-ray and high frequency currents.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

Besteht eine Vergrösserung der Schilddrüse in Folge Zunahme der fibrösen oder colloiden Elemente, begleitet von Druckerscheinungen oder Deformation, so kommt nur die Operation in Frage, denn in diesen Fällen haben die Röntgenstrahlen entweder keine Wirkung oder sie führen in Folge Vermehrung der fibrösen Elemente zu einer Grössenzunahme des Tumors. In den Fällen jedoch, in denen es bereits zu einer Dilatation des Herzens gekommen ist oder bei denen die Einwilligung der Patienten zu einer Operation nicht zu erlangen ist, erzielt man sehr häufig mit den Röntgenstrahlen eine Besserung oder Heilung. LEFFERTS.

127) **E. T. G. Beardsley. Die Anamnese von Patienten mit Morbus Basedow. (The anamnesis of subjects of exophthalmic goitre)** *N. N. Medical Journal. 19. December 1908.*

Enthält nichts Neues. LEFFERTS.

128) **Gilbert Ballet. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Januar 1909.*

Die Fehlschläge der Behandlung in manchen Fällen beruhen auf einer zu engen Auffassung von der Pathologie dieser Krankheit. Manche Formen entwickeln sich aus einfachen Kröpfen; in solchen Fällen ist der Gebrauch von Schilddrüsenextract, Jodoform und Thyreodectomie angebracht. Der Basedow'sche Symptomencomplex kann durch Affectionen in den Rachenorganen verursacht sein: Pharyngitis, Nasenpolypen etc., und Behandlung dieser Affectionen kann die Symptome zum Verschwinden bringen. Bisweilen hängt die Erkrankung von einer Affection der sympathischen Nerven ab. Veränderungen in der Ovarialsecretion und die Menopause sollen als Factoren bei dieser Erkrankung behandelt werden. Wo eine locale oder reflektorische Ursache auffindbar ist, soll die Behandlung dort einsetzen. In anderen Fällen wieder ist eine ererbte oder erworbene Irritabilität des

Nervensystems als Ursache anzuschuldigen; in diesen ist die nächste Aufgabe die, das Nervensystem durch Ruhe, Hydrotherapie und Hygiene zu beeinflussen. Elektricität hat wegen ihrer beruhigenden vasoconstrictorischen Wirkung und ihres Einflusses auf die Schilddrüsensecretion Werth. LEFFERTS.

129) **J. E. Mac Kenty. Thyreodectomie wegen malignen Morbus Basedow. (Thyreodectomy for malignant exophthalmic goitre.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Bei der Operation wurde der rechte Schilddrüsenlappen entfernt und die A. thyreoidea superior auf der linken Seite unterbunden. Alle Erscheinungen haben sich wesentlich gebessert bis auf den Exophthalmus, der — wie gewöhnlich — geblieben ist. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Lappens erregte den Verdacht auf Bösartigkeit, eine positive Meinung liess sich aber nicht gewinnen. Es besteht eine leichte Parese des linken Stimmbandes. EMIL MAYER.

130) **Krecke** (München). **Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1909.*

Einleitend bespricht K. die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, erörtert differentialdiagnostisch die Erscheinungen des Thyreoidismus und die des „Basedow“ und berichtet anschliessend über seine klinischen und therapeutischen Erfahrungen an 17 operirten Basedowkranken. Die internen Mittel sollen bei jeder Basedow-Erkrankung neben der entsprechenden Allgemeinbehandlung zunächst in Anwendung kommen; versagen dieselben oder tritt gar eine weitere Verschlechterung in dem Befinden der Kranken ein, dann soll man zur partiellen Strumektomie schreiten. Man warte jedoch nicht zu lange mit dem chirurgischen Eingriff, damit die Kranken nicht allzu spät in einem elenden Zustande zur Operation kommen, deren Resultat nach den neuesten Statistiken, denen sich K.'s Erfahrungen anschliessen, ein nach jeder Richtung hin als günstiges bezeichnet werden muss. K. bespricht kritisch die einzelnen von ihm operirten Fälle, empfiehlt bei den meist geschwächten und hochgradig erregbaren Kranken die Operation in allgemeiner Narkose vorzunehmen und warnt beim „Status thymicus“ vor der Operation. Zum Schlusse bespricht K. noch die pathologisch-anatomischen Befunde an den exstirpirten Kröpfen und die Resultate der Blutuntersuchungen. HECHT.

g. Oesophagus.

131) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the esophagus.)** *Lancet Clinic. 7. November 1908.*

Beschreibung der Technik der Untersuchung nach Schlucken von Bismuth, sowie Betrachtungen über den diagnostischen Werth der Methode. EMIL MAYER.

132) **Vignard, Sargnon, Arnaud** (Lyon). **Narbenstenosen. Oesophagoskopie. Oesophagotomie und retrograde Dilatation. (Sténoses cicatricielles. Oesophagoscopie. Oesophagotomie et dilatation rétrograde.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Es handelte sich um ein Kind. Da dieses sehr ungebärdig war, sich auch

bronchopulmonäre Erscheinungen einstellten und es überdies nicht möglich war, die Stenose zu passiren, so gaben Verff. die Oesophagoskopie auf und dilatirten auf retrogradem Wege nach der cervicalen Oesophagotomie.

GONTIER de la ROCHE.

134) **F. Massei** (Neapel). **Wie sollten Münzen aus der Speiseröhre entfernt werden?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 701. 1909.*

M. hat in mehr als 100 Fällen Münzen aus der Speiseröhre entfernt und nie einen Misserfolg erlebt. Er empfiehlt für die Entfernung von Münzen warm den Gebrauch des allzu wenig bekannten Kirmisson'schen Hakens, der gefahrlos und leichter anzuwenden ist als die Oesophagoskopie.

Handelt es sich um spitze Fremdkörper, dann empfiehlt auch M. in erster Linie die Oesophagoskopie.

OPPIKOFER.

134) **Jaboulay** und **Cremieux**. **Ein Löffel mittels Oesophagoscopia externa aus der Speiseröhre eines Tabeskranken entfernt. (Une cuiller extraite de l'oesophage d'une tabique par oesophagotomie externe.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Die Kranke versuchte während einer gastrischen Krise den Rachen mittels eines Kaffeelöffels zu kitzeln, um sich zum Erbrechen zu bringen, wobei ihr der Löffel entschlüpfte. Es spielt dabei gewiss die durch die Tabes verursachte Herabminderung der Reflexe eine Rolle.

Nach Vornahme der Radioskopie wurde die Oesophagotomia externa gemacht, da es nach Ansicht der Verff. nicht möglich gewesen wäre, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen, weil seine Rigidität verhindert hätte, dass er die concave Krümmung vor dem pharyngealen Speiseröhrentheil passire.

Sargnon weist darauf hin, dass es wohl möglich gewesen wäre, den Fremdkörper in wenigen Minuten auf ösophagoskopischem Wege zu entfernen.

GONTIER de la ROCHE.

135) **Judet-Bonneau. Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 9. März 1909.*

Der Kirmisson'sche Haken ist ein gefährliches Werkzeug wegen der Zerreissbarkeit der Schleimhaut, wenn bereits 5—6 Tage seit dem Eindringen des Fremdkörpers verflossen sind.

Der Graefesche Münzenfänger ist gleichfalls nicht zu empfehlen. Dagegen befürworten Verff. das Schwammverfahren. Wenn der Ringknorpel dem Fremdkörper ein Hinderniss bietet, so soll man den Finger einführen und dadurch den Kehlkopf nach vorn ziehen.

GONTIER de la ROCHE.

136) **N. W. Green. Chirurgie der Speiseröhre. (Oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Record. 19. September 1908.*

Bericht über experimentelle Untersuchungen. Genaue durch Illustrationen erläuterte Beschreibungen der für die Resection der Speiseröhre gewählten Methoden. Hat vornehmlich chirurgisches Interesse.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Mit 150 Abbildungen, grösstentheils nach eigenen Originalen und 2 Tafeln in Lichtdruck. 3. vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1909.

Vor einigen Wochen ist die dritte Auflage der bekannten Hajek'schen Monographie über die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase erschienen. Hatte die zweite Auflage der ersten gegenüber eine Vermehrung des Textes um ca. 30 Seiten gebracht, so beträgt sie diesmal mehr als 80 Seiten, ein Umstand, den der Verfasser in seiner Vorrede bedauert, den aber seine Leser nur mit Freuden begrüssen werden, da er Zeugniss ablegt von den Fortschritten, welche die Lehre von den Nebenhöhlenerkrankungen in dem letzten Jahrzehnt gemacht hat. Diese Erweiterung des Textes kommt hauptsächlich den therapeutischen Kapiteln zu gute, welche eine kritische Würdigung der vielen neuen Operationsmethoden bringen und eine Reihe praktisch wichtiger Rathschläge aus der reichen Erfahrung des Autors.

Weiter haben die Abschnitte, welche sich mit den Erkrankungen der Keilbeinhöhle und den Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen beschäftigen, eine eingreifende Umänderung erfahren, wie sie durch die Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete nothwendig wurde.

Wenn ein Handbuch, das ein so specielles Gebiet behandelt wie das Hajek'sche und das sich seiner ganzen Art nach an einen nur kleinen Leserkreis wendet, in einem Zeitraum von 9—10 Jahren 3 Auflagen erlebt, so ist jedes weitere Wort über seinen Werth und seine Wichtigkeit überflüssig. Trotzdem hält sich Ref. verpflichtet, noch einmal den Geist des ganzen Buches, seine letzte Tendenz, wie sie sich in der Indicationsstellung für die jeweiligen therapeutischen Maassnahmen hier und in anderen Hajek'schen Publicationen ausspricht, rühmend hervorzuheben. Tag für Tag fast sehen wir, wie sich die Indicationen für tiefeingreifende chirurgische Maassnahmen in der Rhinologie immer mehr weiten und dehnen. Nun dürfen wir gewiss stolz darauf sein, dass auch wir hier und da der grossen Chirurgie die Wege zeigen konnten, die sie selbst nicht gefunden hatte. Aber dieses frohe Gefühl des Könnens, ja selbst der glühende Wunsch, die Reputation unseres Sondergebietes durch eine möglichst grosszügige chirurgische Bethätigung zu heben, darf unsere Selbstkritik nicht bestechen. Dem Arzt und vor Allem dem Chirurgen ist nur das Nothwendige erlaubt! Und deshalb begrüsst Ref. es mit aufrichtiger Genugthuung, dass ein Autor, wie Hajek, von dessen Lebensarbeit das Studium der Nebenhöhlenerkrankungen einen so bedeutsamen Theil ausmacht, der selbst so geschickt und so gern operirt, sich weise zurückhält und nur dann zum Messer greift, wenn eine klare, zwingende Indication vorliegt und nicht die entfernte, unbestimmte Möglichkeit einer späteren Verschlimmerung.

Zum Schluss möchte Ref. noch dem Wunsche Ausdruck geben, dass Hajek in der 4. Auflage seines schönen Werkes die bisherige selbstgewollte Beschränkung auf die „entzündlichen" Erkrankungen der Nebenhöhle aufgiebt und eine ausführ-

liche Besprechung der Syphilis, der Tuberculose und der Geschwülste der Nebenhöhlen in sein Werk aufnimmt. A. Kuttner (Berlin).

b) William Lincoln Ballenger, M. D. **Diseases of the nose, throat and ear.** Illustrirt durch 471 Zeichnungen und 16 Tafeln. Lea und Febiger, Philadelphia und New-York 1908.

Von dem 900 Seiten starken Werke sind zwei Drittel den Krankheiten des Halses und der Nase gewidmet. Es zeichnet sich durch Vollständigkeit und Klarheit aus; besonders ist hervorzuheben die Anschaulichkeit, mit der die Details der Operationen beschrieben sind. Die Beziehungen von Hals- und Nasenkrankheiten zu anderen Organen sind sorgfältig behandelt. Das Kapitel von den malignen Kehlkopferkrankungen zeichnet sich durch eine besonders eingehende und genaue Darstellung aus. Die Arbeiten anderer Autoren sind gewissenhaft berücksichtigt und ein durch das ganze Buch hindurchgehender Conservativismus fällt angenehm auf und zeugt von einer reichen Erfahrung des Verfassers.

Die Illustrationen sind vortrefflich. Einige Druckfehler, besonders in den Eigennamen, müssen in späteren Auflagen ausgemerzt werden.

Das Buch ist im Ganzen eine werthvolle Bereicherung unser Literatur und wird sowohl dem Studirenden wie dem Specialisten von Nutzen sein.

Emil Mayer.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1909.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms, das dicht unterhalb des Ringknorpels begann und sich 18 cm nach unten erstreckte und den linken Recurrens comprimirte. Der linke Posticus und Vocalis sind verschmächtigt, wie man schon makroskopisch sehen kann.

Scheier stellt einen Fall von totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand vor. Er durchschnitt sie mit einer abgebogenen Scheere und versucht durch einen Gutzmann'schen Handobturator die so hergestellte Oeffnung zu erhalten.

Rosenberg hält einen Dauererfolg für zweifelhaft. In einem Falle, in dem die Verwachsung unterhalb des Constrictor sup. lag, brannte er ein Loch ins Velum, das nach Bougirung offen blieb.

Herzfeld hat in zwei Fällen nach der Durchtrennung der Verwachsung grosse Stücke des weichen Gaumens entfernt.

A. Meyer erinnert an die Iwanow'sche Operation.

Heymann fand in einem entsprechenden Falle das Geruchsvermögen aufgehoben, nur wenn mit Riechstoffen geschwängerte Luft in die Nase getrieben wurde, fand eine Geruchswahrnehmung statt.

Wischnitz zeigt das Präparat eines Falles von Recurrenslähmung in Folge eines mediastinalen Lymphosarkoms. In vivo fand sich eine linksseitige Internus- und rechtsseitige Recurrenslähmung; erstere ist vielleicht durch Druck einer an den linken Recurrens angewachsenen Drüse entstanden.

B. Fränkel: Das würde ein Beweis gegen das Semon'sche Gesetz sein.

Wischnitz will nur die Vermuthung eines Zusammenhangs ausgesprochen haben.

Wischnitz demonstrirt einen Patienten mit Lymphosarkom des weichen Gaumens und der linken Tonsille.

Sobernheim: Serologische Untersuchungen bei Ozaena.

Bei 17 Fällen von reiner Ozaena ergab die Wassermann'sche Reaction ein negatives Resultat. Demnach ist die Ozaena nicht als metasyphilitische Erkrankung anzusehen. Jedenfalls giebt es Fälle von Ozaena, die mit Lues nichts zu thun haben.

Alexander: In der Aetiologie der Ozaena spielt die Tuberkulose keine Rolle. Es giebt sicher Fälle von Ozaena, die auf Lues zurückzuführen sind. 1. Fälle von Sequesterbildung mit übelriechenden Borken. 2. Atrophie und Borkenbildung nach gummöser Erkrankung der Nasenschleimhaut. 3. Ozaena auf Grund hereditärer Lues. Auch sonst giebt es Ozaenafälle, die auf hereditäre Lues zurückzuführen sind, selbst wenn die Wassermann'sche Reaction hier ein negatives Resultat giebt; vielleicht werden bei der Ozaena Stoffe ins Blut übertragen, die durch diese Reaction nicht nachweisbar sind. Zwischen Lues der Nase und Ozaena besteht eine Aehnlichkeit: Atrophie, Borkenbildung, Fötor; beide können ererbt sein; gleichartige Knochenveränderungen; Borkenbildung gleicher Art; interstitielle Entzündungen der parenchymatösen Organe. Er hat noch nie einen Patienten gesehen, der in früher Jugend schon Ozaena gehabt und sich später luisch inficirt hätte.

Im Uebrigen hat A. bei 26 Ozaenapatienten die Wassermann'sche Reaction als negativ befunden.

Scheier erhielt bei 8 Ozaenakranken ebenfalls immer ein negatives Resultat.

Rosenberg findet einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und der Syphilis der Nase, glaubt auf Grund einiger eigenen Fälle an syphilitische Aetiologie mancher Ozaenafälle und bezweifelt, dass Ozaenakranke sich nicht syphilitisch inficiren.

Halle: Wahrscheinlich spielt die Lues bei einer Reihe von Ozaenafällen eine grosse Rolle, wenn auch der Beweis nicht erbracht ist.

B. Fränkel: Das Ergebniss der serologischen Untersuchungen muss berücksichtigt werden; jedenfalls giebt es eine Reihe von Ozaenafällen, die mit Syphilis nichts zu thun haben.

Heymann constatirt einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und Syphilis der Nase.

Schötz hält die hereditäre Syphilis als ätiologischen Factor bei der Ozaena für nicht wahrscheinlich; dagegen spielt die Gonorrhoe wohl eine Rolle.

Sitzung vom 23. April 1909.

Rosenberg stellt eine Patientin mit primärem Larynxlupus vor, deren Schwester dieselbe Erkrankung aufweist. Befallen sind die Epiglottis und die Taschenbänder.

Bruck demonstrirt 1) eine Patientin mit Pharyngomycosis leptho-tricia und 2) einen Speichelstein der Glandula sublingualis.

Claus zeigt eine Patientin mit recidivirendem Oedem des Larynx.

Levinstein: Histologie der hyperplastischen und atrophischen Gaumenmandel.

Die Hyperplasie entsteht durch das Auftreten einer erheblichen Anzahl von besonders vermehrungsfähigen Lymphoblasten im adenoiden Gewebe, die ihrerseits zur Bildung von Follikeln Veranlassung geben, die sich durch ihre grosse Zahl und Grösse sowie durch die excessive Grösse ihres Keimcentrums und zahlreiche Mitosen in ihm auszeichnen.

Bei der Atrophie findet kein Uebertritt von Lymphoblasten aus den Lymph-capillaren in das Tonsillenparenchym statt resp. keine Bildung von Lymphoblasten, und die in der Mandel etwa noch vorhandenen stellen ihre Thätigkeit ein. Es schwinden die Mitosen in den etwa noch vorhandenen Keimcentren, diese selbst und allmählich auch die Follikel. Das Bindegewebe nimmt zu und geht allmählich in Schrumpfung über.

Sitzung vom 21. Mai 1909.

A. Rosenberg stellt zwei Patienten mit Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand und des Zungengrundes mit ihr und den seitlichen Pharynxwänden vor, so dass eine Membran den Eingang in den Oesophagus und Larynx verdeckt bis auf ein kleines Loch, das in dem einen Falle in der Mitte, im andern seitlich gelegen ist.

Scheier zeigt einen Patienten mit einseitiger Stimmbanderkrankung — Röthung und kleinknotige Verdickung —, die weder Tuberculose, noch Syphilis, noch Carcinom ist.

Rosenberg hält diesen Fall für identisch mit denen, die er 1905 beschrieben hat und bei denen es sich um eine chronische katarrhalische Entzündung handelt.

B. Fränkel hat ebenfalls solche beobachtet.

Alexander gleichfalls.

Reimer stellt einen Patienten mit einem aberrirten Zahn in der Nasenhöhle vor.

Hoffmann demonstrirt einen Patienten mit Kehlkopftuberculose, bei dem die Grabower'sche Stauungsbinde die Schluckbeschwerden beseitigt hat.

Finder zeigt einen Mandelstein, den er aus der Fossa supratonsillaris entfernt hat und der von einer Hülle umgeben war, die ihrerseits nichts anderes darstellt als die colossal dilatirte und nach vorne ausgebuchtete Plica triangularis. Es ist möglich, dass die Mandelsteine sich bisweilen in der Fossa supratonsillaris finden.

Rosenberg kann dies aus eigener Beobachtung bestätigen.

Halle zeigt einen Patienten mit Tuberculose des Pharynx und Larynx, die, da die Lungen frei sind, wahrscheinlich eine primäre ist.

B. Fränkel hat auf das Vorkommen einer solchen schon lange aufmerksam gemacht.

Sturmann glaubt, dass es sich dabei gewöhnlich um eine acute allgemeine Miliartuberculose handelt, die im Rachen zuerst manifest wird.

Scheier: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Sch. macht auf die entschiedenen Vorzüge, die die Momentaufnahmen des Ansatzrohrs mittelst der Röntgenstrahlen für sie gegenüber den bisherigen Untersuchungsmethoden haben, aufmerksam und berichtet über eine Reihe derartiger eigener Untersuchungen. Er zeigt skiagraphische Aufnahmen von der Stellung des Articulationsrohrs bei der Aussprache verschiedener Vocale; bei Nasenlauten und Diphthongen, sowie beim Singen geschulter und ungeschulter Sänger, bei verschiedener Tonhöhe und bei Brust- und Kopfstimme.

Die Discussion wird vertagt. A. Rosenberg.

---

d) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Sitzung vom 14. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Hellat: Demonstration: Struma aneurysmat. mit starker Pulsation.

Nikitin, Okunew und Kubli nehmen an der Discussion Theil.

2. Bomasch: Fall von primärem Lupus laryngis.

In den Lungen leichte Dämpfung mit Bacillen. Infiltrat der Epiglottis kleinkörnig; ähnliches Infiltrat im Interarytaenoidalraum. Allgemeinzustand gut.

Lewin fragt, wie der Bacillenbefund zu erklären sei.

Nikitin empfiehlt Röntgentherapie.

Borsilowitsch: Fall von Kehlkopfkrebs mit Demonstration des Präparates.

An der Discussion, die sich an diesen Fall knüpfte, betheiligten sich Okunew, Nikitin, Olchin, Bromson, Hellat und viele andere. Es handelte sich mehr um ethische und socialpolitische als um wissenschaftliche Fragen.

Sitzung vom 28. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

Lewin: Vorstellung eines 9jährigen Mädchens mit totaler Aphonie seit 6 Monaten. Behandlungsmethoden jeglicher Art erfolglos. Keine Symptome von Hysterie. Paralyse aller Adductoren.

Bomasch: Ob Hysterie hier ausgeschlossen werden kann? Ein ähnlicher Fall wurde durch Faradisation und tiefe Einathmungen geheilt.

Wiltschur erkundigt sich nach der Empfindlichkeit des Kehlkopfinnern.

Hellat möchte hier eher von einer Parese sprechen. Eine Bewegung der Stimmbänder ist vorhanden, nur kein völliger Schluss.

Lewin: Nach Semon stellt sich nach längerer Dauer eine gewisse Beweglichkeit ein. Für Paralyse spricht die Cadaverstellung.

Hellat: Von Cadaverstellung kann hier nicht gesprochen werden. Diese stellt sich ein bei Paralyse der Adductoren und Abductoren.

Bomasch: Vorstellung eines Patienten mit chronischer Diphtherie der Nase und des Nasenrachenraums. Temp. leicht erhöht, bis 38,3 seit 3 Monaten. Schwellung der Nasenschleimhäute, ebenso des Rachens. An den Choanen oberflächliche Geschwüre mit Pseudomembranen. Lymphdrüsen stark geschwellt. Löfflerbacillen. Behandlung local und mit Serum hatte bisher keinen Erfolg.

Erbstein sah in einer Familie 3 chronische Diphtheriekranke. Ein Todesfall.

Iljisch beobachtete an Kindern chronische Diphtherie ohne Temperaturerhöhung. Serum hat in chronischen Fällen keinen Erfolg.

Sacher hält das Bild nicht diphtherieähnlich. Bacillen finden sich auch bei Gesunden.

Wiltschur erkundigt sich nach der mikroskopischen Untersuchung.

Hellat: So hohe Temperatur von so langer Dauer sprechen nicht für chronische Diphtherie. Man könnte vielleicht die Ursache für die Temperaturerhöhung in den Lungen finden.

Bomasch: Die anhaltende Temperaturerhöhung ist thatsächlich eigenthümlich. Doch sind Diphtheriebacillen in den Membranen gefunden.

Hellat: Vorstellung von zwei Patienten:

1. Pflaumengrosse Delle an der rechten hinteren Rachenwand. Der Grund körnig, schwärzlich dunkel gefärbt, vertieft. Sonst keine pathologischen Erscheinungen.

2. Auf dem harten Gaumen Knötchen, welche sich vom Foramen incis. in der Mittellinie nach hinten ziehen. Knorpelharte Consistenz, schmerzlos, mit normaler Schleimhaut überzogen. Beide Fälle zur Diagnose.

Sacher hält den ersten Fall für Argyrosis.

Hellat: Für Argyrosis keine anamnestische Daten. Auch ist die Atrophie der Schleimhaut an der betreffenden Stelle bei Argyrosis nicht erklärlich.

Okunew: Bemerkungen zur Operation Otto Freer's. Vortrag.

Goldstein hält die Operation von Freer für eine Vervollkommnung der Hartmann'schen. Im Vergleich zur Killian'schen muss sie als ein Schritt zurück bezeichnet werden.

Lewin möchte die Priorität für diese Operation Freer absprechen. Sie ist eine Modification der Krieg-Zarniko'schen Methode.

Erbstein findet, dass die Freer'sche Methode der Killian'schen nachsteht. Der Lappen kann abgerissen werden, Blutverlust stärker, grössere Möglichkeit der Perforation.

Sitzung vom 25. April 1908.

Vorsitzender: Shirmanski.

Bromson stellt eine Larynxtuberculose vor, bei der er angefangen hat, das Tuberculin anzuwenden.

Hellat warnt vor zu rosigen Hoffnungen. Er hat mehrere Fälle von schweren Complicationen, wie z. B. acute Miliartuberculose beobachtet. Die Ursache könne zum Theil in der ambulatorischen Behandlung liegen.

Wiltschur sieht in den Behauptungen des Vorredners zu grossen Pessimismus.

Nikitin schliesst sich ihm an.

Bromson glaubt, dass vorsichtige Anwendung und aufmerksames Verfolgen vor bösen Zufällen schützen könne.

P. Hellat: Eindrücke von dem ersten Internationalen Rhino-Laryngologen-Congress.

Sitzung vom 26. September 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Nikitin: Vorstellung eines schweren Falles von Larynx-Rachen-, Mund-, Zungen-Sklerom.

Der Patient kann nur mit Mühe sprechen und schlucken. Sonst keine Klagen. Die Krankheit dauert bereits 10 Jahre.

Sacher sah den Kranken vor 5 Jahren. Damals war der Zustand sehr ähnlich.

Hellat findet die Entwickelung des Skleroms im Muskelgewebe etwas eigenthümlich.

Katz denkt an Amyloid.

Bromson erwartet von der Fibrolysinbehandlung Resultate.

2. Goldstein: Verwundung des Kehlkopfs durch Schuss.

Bei einer Expropriation wurde einem Kornspiritusverkäufer der Hals durchschossen. Der Kehlkopf functionirt beim Athmen gut, obgleich die Kugel die rechte Larynxhälfte getroffen und das rechte Stimmband sammt dem falschen Stimmbande verunstaltet hat.

3. Demonstration einer ausgedehnten Oberkieferzerstörung durch chronische Highmoritis.

Die Diagnose schwankte zwischen Neoplasma und Empyem, da die Gegend der Fossa canina stark vorgebaucht war, die entsprechende linke Nase vollständig verstopft und blutend. Absolut keine Schmerzen; Eiter in der linken Nase.

Operation nach Denker. Es ergab sich eine weite Höhle mit dickem Eiter gefüllt. Entfernung des Eiters ohne besondere Auskratzung. Heilung in kurzer Zeit, obgleich die Vorderwand der Higmorshöhle zum grossen Theile, die mediale und obere Wand auch in bedeutendem Umfange zerstört waren.

Goldstein möchte an eine Cyste denken.

Bomasch weist auf die analogen von Texier beschriebenen Formen von käsigen Eiterungen hin, welche gewöhnlich gut heilen.

4. P. Hellat: Demonstration eines umfangreichen Nasenrachenpolypen, den er vermittelst einer Schlinge entfernt hatte. Der Polyp reichte an den Rand des weichen Gaumens.

Litschkus fragt an, ob hier nicht eine Bekräftigung für die Lehre von Killian und Ino Kubo vorlag, wonach die Nasenrachenpolypen in der Highmorshöhle ihren Ursprung haben und durch Aufmeisselung dieser Höhle zu operiren sind.

Nikitin führt eine Beobachtung an, die für Killian-Ino Kubo spricht.

Schwanebach möchte nicht in jedem Falle an eine Trepanation gehen.

Hellat kann den Vorschlag, alle Nasenrachenpolypen durch Highmorshöhlen-Trepanation zu behandeln, nur zu den Curiositäten unserer Disciplin zählen. Jedermann von uns kennt eine ganze Reihe von Fällen, wo eine einfache Extraction dauernde Heilung brachte.

Sitzung vom 10. October 1908.

Vorsitzender: Hellat.

1. Shirmanski: Demonstration einer 7jährigen Patientin mit subglottischer Stenose, wahrscheinlich entstanden durch 11tägiges Liegenbleiben der Intubationsröhre.

Bomasch räth, Fibrolysin zu versuchen.

Hellat schliesst sich dem an. Erst nach dem Misslingen ist an eine blutige Operation zu denken.

2. Iljisch: Demonstration zweier Steine aus dem Ductus Whartonianus. Beide Steine wurden an einem Tage aus dem Ductus entfernt.

Eljassen erwähnt, dass bei seinem Patienten nach $1^1/_2$ Jahren wieder ein Stein abging.

3. Sonki: Function der Muskeln bei Oeffnung und Schliessung des Kehlkopfes. Vortrag.

Erbstein begrüsst die Initiative von Sonki als Gesanglehrer, seine Beobachtungen im Aerzte-Verein vorzutragen. Aber er kann leider die Anschauungen des Vortragenden nicht theilen.

Goldstein, Mejerowitsch, Katz, Shirmanski und Ridnik weisen auf verschiedene Mängel der Auffassung hin. P. Hellat.

---

e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom April 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Jobson Horne: Ein Autograph von Johann Nepomuk Czermak aus dem Jahre 1869.

Handelt von einem beabsichtigten Besuch in London.

James Donelan: 1) Kehlkopftumor bei einer 44jährigen Frau (Tuberculose?).

Zur Diagnose.

2) Zwei Fälle zur Illustration des Einflusses lang vernachlässigter Adenoide auf die Entwicklung der Oberkiefer und der Nasenscheidewand.

Ball meint, dass bei der Entwicklung der Deformationen, die bisweilen entstehen, wenn adenoide Vegetationen vor der zweiten Dentition entfernt worden sind, die Erblichkeit eine Rolle spiele.

Tilley weist auf die Ideen Mocher's betreffs des Zusammenhangs zwischen irregulärer Dentition und Deformität des Zwischenkiefers und Septums hin.

Tilley, Westmacott und Barwell haben zeitweilige, aber erhebliche Verdickung des Septums nach submucöser Resection bei Kindern beobachtet.

St. Clair Thomson: Zwei Radiogramme zur Veranschaulichung des Werthes der Röntgenstrahlen beim Sondiren und Ausspülen der Stirnhöhlen.

Auf dem einen Radiogramm sah man, dass die Sonde in der That in eine Siebbeinzelle eingedrungen war, während man ihrer Lage nach angenommen hatte, dass sie in der Stirnhöhle wäre. Das zweite Radiogramm zeigt die Sonde in der Stirnhöhle.

Dundas Grant: Thyreo-linguale Fistel behandelt mit Elektrolyse und Excision.

Auf die Elektrolyse folgte die Excision. Pat. ist seit 2 Jahren geheilt.

Betham Robinson: Polypoide Geschwulst des Kehlkopfs.

Es handelte sich um ein Lymphangiom, das unterhalb der vorderen Commissur seinen Sitz hatte.

Scanes Spicer: Neubildung am Stimmband eines 76jährigen Mannes. (Bereits vorgestellt Juni 1905 und Februar 1906.)

Wie bereits früher wurde die Neubildung vollständig mit der Zange entfernt; es handelte sich um auffallend weisse Massen. Die Untersuchung ergab nichts Bösartiges trotz des verdächtigen Aussehens und des hohen Alters des Patienten.

Stanley Green und Lambert Lack: Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Es handelte sich um einen rothen von der hinteren Wand der subglottischen Region entspringenden Tumor. Pat. ist 56 Jahre alt. Die Calmette'sche Reaction fiel positiv aus und mittelst der Röntgenstrahlen wurde das Vorhandensein einer Lungenaffection festgestellt. Redner neigen zu der Annahme, dass es sich um ein Tuberculom handele.

Watson Williams und Dundas Grant halten den Tumor für ein Chondrom.

C. A. Parker: Infiltration der Nasenhöhle bei einem 50jährigen Mann.

Nach Ueberstehen einer Influenza setzte eine wässrige Absonderung aus der Nase ein und es entwickelte sich eine Verdickung des Septums und der Muscheln; diese Verdickung fühlte sich bei Berührung fest an. Ein der mittleren Muschel entnommenes Stück wurde untersucht und es ergab sich, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte.

Pegler und Wyatt Wingrave discutiren über die Diagnose: Syphilis, Lupus oder Rhinosklerom.

Dan Mc. Kenzie: Hämatom und Ulceration des Septums mit Fistelöffnung in die Mundhöhle neben dem Frenulum der Oberlippe.

Es handelte sich um ein Trauma.

De Santi: Fall von Nasenverstopfung zur Diagnose.

Symmetrische Schwellung des Septums von rother Farbe. Die Affection hat einen chronischen Verlauf.

Kelson: Knöcherne Auswüchse am Ober- und Unterkiefer bei einem 30jährigen Mann.

Die Processus nasales der Oberkiefer waren sehr verdickt und die Knochen der unteren Muscheln stark vergrössert und drückten gegen das Septum. Auch am Unterkieferknochen befand sich ein Auswuchs.

Betham Robinson hat einen ähnlichen Fall, den er als Leontiasis ossea deutet.

Dan Mac Kenzie: Ein ähnlicher Fall von Leontiasis ossea mit Verlegung der Nase ist in der Sammlung des Royal College of Surgeons zu sehen.

Horsford: Ein neues Instrument zum Heben der Epiglottis.

Eine Verbesserung des in der Decembersitzung demonstrirten Instruments.

Davis: 1. Geschwulst am Stimmband (Fibrom?).

2. Cyste am Nasenboden.

Tilley: Patient mit zweimaliger Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen einer vollkommenen und unvollkommenen Killian'schen Operation.

Stuart Low beschreibt eine von ihm angewandte Verbandmethode, die den Vortheil hat, dass ein Druck auf die Wunde vermieden wird.

Dundas Grant: Larynxcarcinom.

Frage der Operabilität.

Sitzung vom Mai 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Syme: Stereoskopische Photographien von Patienten, die nach verschiedenen Methoden wegen Stirnhöhleneiterung operirt wurden, nebst Demonstration der Paraffininjectionen zur Correction von Deformitäten nach jenen Operationen.

Jobson Horne: Präparate von Sarkomen und anscheinenden Sarkomen der oberen Luftwege.

Er findet sich darunter ein Fall von Siebbeinsarkom, der nach einfacher Entfernung gesund blieb; ein Endotheliom des Larynx, das localisirt blieb, und ein Endotheliom der Nase. Die Diagnose Sarkom ist augenscheinlich in vielen Fällen, die als solches aufgefasst werden, incorrect.

Dan Mac Kenzie: Mucocele des vorderen Siebbeinlabyrinths, von der Nase aus eröffnet.

Durch Anlegung einer breiten Oeffnung im vorderen Theil des mittleren Nasenganges wurde Heilung erzielt.

Dundas Grant: Grosser postnasaler Polyp, aus dem Antrum entspringend, ein Nasenrachenfibrom vortäuschend.

Mit dem Polypen wurde ein langer Stiel entfernt.

Mehrere Redner sprechen über ihre Erfahrungen, den von Killian beschriebenen antralen Ursprung dieser Polypen betreffend.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Es bestand auch eine geringfügige Erkrankung in der Nase.

St. Clair Thomson spricht über die von Escat aufgestellte Behauptung, dass Lupus des Kehlkopfs nicht ohne Lupus der Nase vorkommt.

Clayton Fox: Kehlkopflähmung (zur Diagnose).

Kelson: Fall von Schwellung am rechten Aryknorpel mit Bewegungsbeschränkung.

Wahrscheinlich tuberculös.

Andrew Wylie: Angiom der rechten Tonsille.

Tod hat in einem früher vorgestelltem Fall von Angiom des Gaumens die Carotis externa unterbunden ohne irgendwelche schädliche Folgen.

Dundas Grant: 1. Congenitaler Larynxstridor.

Ansaugen der ary-epiglottischen Falten während der Inspiration. Das Kind ist $3^1/_2$ Jahre alt. Nach Entfernung der Adenoiden trat Verschlechterung ein.

2. Lupusartige Ulceration am Boden des Vestibulums bei einem Phthisiker.

Bond: Bösartige Geschwulst hinter dem Ringknorpel mit Vergrösserung der Schilddrüse.

Hamilton Burt: Deviation des Septums und Phthise.

Es wird die Frage erörtert, ob es angezeigt ist, bei einem in Besserung befindlichen Fall von Phthise die Septumdeviation zu operiren.

E. Ward: Subcutane Induration an Stirn und Hals bei einer 52jährigen Frau.

Vor 3—4 Jahren wurde eine Schwellung über dem Schildknorpel constatirt, die sich dann nach unten bis zur Clavicula und Sternum ausdehnte.

Mehrere Redner denken an eine tiefsitzende Zellgewebsentzündung.

Ward erwähnt drei solche Fälle, die als Cellulitis behandelt wurden und sich als maligne Erkrankungen (Lymphosarkom und Endotheliom) heraussstellten; der dritte heilte unter Jod und X-Strahlen.

Dundas Grant: Killian'sche Stirnhöhlenoperation.

Ein ausgedehnter Fall mit gutem Resultat. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Otologie und Laryngologie oder Oto-Laryngologie?

Unter diesem Titel veröffentlicht in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“ (No. 23. 10. Juni d. J.) deren Herausgeber Prof. J. Schwalbe einen Aufsatz, der beweist, wie grosses Interesse die Frage, die noch bis vor Kurzem nur in den unmittelbar betheiligten Fachkreisen discutirt wurde, jetzt auch beim grösseren ärztlichen Publicum erregt. Die Thatsache, dass der Herausgeber eines der maassgebenden Organe der deutschen medicinischen Fachpresse zu dieser Frage das Wort ergreift, möge es rechtfertigen, wenn wir an dieser Stelle auf den Inhalt des Artikels etwas ausführlicher eingehen:

Schwalbe geht von einer Statistik aus, die von Printzing aufgestellt worden ist. Printzing veröffentlicht am Schluss jedes Jahres in der Deutschen med. Wochenschrift eine statistische Zusammenstellung über „die Aerzte Deutschlands“, der die Angaben des Reichs-Medicinalkalenders zu Grunde liegen. In der Printzing'schen Statistik vom Jahre 1907 (Deutsche med. Wochenschrift, 1907, No. 52) werden 95 Otologen, 85 Specialisten für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten und 686 Oto-Laryngologen aufgeführt. Diese Statistik nun wird von Schwalbe als „zum mindesten für zweifelhaft“ bezeichnet, da im Reichs-Medicinalkalender sowohl die Otologen, die sich gleichzeitig mit Nasenkrankheiten beschäftigen, wie diejenigen, die ausser der Ohrenheilkunde auch Rhinolaryngologie treiben, durch ein und dasselbe Zeichen charakterisirt seien. Es sei also sicher, dass von dem Statistiker eine grosse Anzahl von Oto-Rhinologen irrthümlich als Oto-Laryngologen aufgeführt worden ist. Schwalbe muss am competensten beurtheilen können, wie bei der Bezeichnung der Specialisten im Reichs-Medicinalkalender verfahren wird, denn er ist selbst dessen Herausgeber und hat jene Bezeichnungen eingeführt.

Was nun die Vereinigung von Otologie und Laryngologie im Universitätsunterricht anbetrifft, so wird der von den Fusionisten immer wieder ins Feld geführte „wissenschaftliche“ Grund, dass Rhinologie und Pharyngologie zwischen beiden Fächern Verbindungsglieder bilden, durch Schwalbe mit dem Hinweis darauf abgethan, dass danach auch die Lungen und der Magendarmcanal hinzugezogen werden könnten, „denn die Bronchien und der Pharynx schlagen zu diesen Organen eine Brücke“. Schwalbe sieht als maassgebend für die Vereinigung der beiden Fächer an den kleineren und für ihre Trennung in den grösseren Universitätsstädten lediglich Opportunitätsgründe an.

Was speciell Berlin betrifft, so weist S. darauf hin, dass hier die Vereinigung auch von rein praktischen Gesichtspunkten eine Unmöglichkeit darstellt; denn nach

den vorliegenden Frequenzziffern der staatlichen Kliniken und Polikliniken für Ohrenkranke einer- und Hals-Nasenkranke andererseits müsste bei ihrer Vereinigung in einer Hand dem Leiter — auch wenn er durch seine Assistenten entlastet wird — die Aufgabe gestellt werden, nicht weniger als 22000 Kranke im Jahr ärztlich zu versorgen. Es würden also die Unterrichtsverhältnisse nicht vereinfacht, sondern verschlechtert werden und — fährt Schwalbe wörtlich fort —: „Wir haben aber in Berlin wirklich allen Grund, die Verhältnisse unserer Facultät nicht zu verschlechtern". An der Hand einer graphischen Darstellung führt nämlich Schwalbe den Nachweis, dass „die Frequenz der Berliner Medicinstudirenden sowohl im Verhältniss zu der Gesammtziffer der Mediciner zurückgegangen, als auch von derjenigen der Münchener Studirenden nicht unbeträchtlich überholt ist", und er schliesst mit dem Appell an die Unterrichtsverwaltung, „dass sie ihre Fürsorge für die persönliche und materielle Organisation der Berliner medicinischen Facultät verdopple, um ihre Anziehungskraft für die Studenten zu erhöhen und ihr am Ende ihres ersten bezw. am Beginn ihres zweiten Säculums wieder die Stellung zu verschaffen, die sie in der Vergangenheit eingenommen hat und die ihr als der reichshauptstädtischen gebührt."

Eine Statistik Printzing's und zwar diejenige aus dem Jahre 1908 (Deutsche med. Wochenschr., 1908, No. 53) — wieder angefertigt nach dem Reichs-Medicinalkalender für 1909 — legt auch O. Körner (Rostock) einer kurzen Betrachtung zu Grunde, die er über die Zahl der Otologen, Laryngologen und Oto-Laryngologen in Deutschland im letzten Heft der „Zeitschrift für Ohrenheilkunde" veröffentlicht. Printzing selbst hatte sich diesmal darauf beschränkt, die statistischen Angaben über die Specialisten nur für die 39 Grossstädte Deutschlands aufzustellen, da er der Ansicht war, dass in diesen dem Specialistenthum eine grössere Bedeutung zukomme, als in den Mittel- und Kleinstädten. Nach dieser Statistik gab es im Jahre 1908 in Deutschland 18 Oto-Ophthalmologen, 53 Otologen, 57 Rhino-Laryngologen und 460 Oto-Rhino-Laryngologen. Körner hat sich damit nicht begnügt und hat — gleichfalls aus dem Reichs-Medicinalkalender „nach Berichtigung einiger Irrthümer" für 1908 die Zahlen der in den Mittel- und Kleinstädten, sowie auf dem Lande thätigen Otologen, Rhinologen und Laryngologen festgestellt und kommt zu dem Ergebniss, dass es 46 Oto-Ophthalmologen, 75 Otologen, 69 Rhino-Laryngologen und 771 Oto-Rhino-Laryngologen im Jahre 1908 in ganz Deutschland thätig waren.

Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass dieselbe Fehlerquelle, die Schwalbe in den Printzing'schen Statistiken nachgewiesen hat, sich natürlich auch in der Körner'schen Zusammenstellung, die ja ebenfalls auf den Angaben des Reichs-Medicinalkalender beruht, wiederfindet. Geräth aber diese statistische Grundlage ins Wanken, so verlieren natürlich auch die Folgerungen, die Körner auf ihr aufbaut, ihren Halt. Statistiken gegenüber ist eben immer ein gewisses Misstrauen gerechtfertigt, denn wie sagt doch der von Semon einmal citirte englische Arzt: „There are three kinds of lies: lies, damned lies and statistics!"

Im Anschluss an diesen Beitrag zur Frage der Trennung oder Vereinigung von Otologie und Laryngologie bringen wir die Mittheilung, dass Prof. Dr. Lange, Director der Poliklinik für Ohrenkranke in Greifswald, einen Lehrauftrag für Nasen- und Halskrankheiten erhalten hat. Gleichzeitig ist in Greifswald die laryngologische Poliklinik mit der otologischen vereinigt worden.

Einigermaassen plausibel kann diese Maassregel nur gemacht werden, wenn „Opportunitätsgründe" ins Feld geführt werden, dass nämlich das Krankenmaterial in Greifswald zu spärlich, die Zahl der Medicinstudirenden zu gering ist, als dass die Anstellung zweier Lehrer für Otologie und Laryngologie sich lohnte. Nach dem „Deutschen Universitätskalender für 1909" gab es im Wintersemester 1908/1909 in Greifswald nur 186 Medicinstudirende — einschliesslich der Pharmaceuten und Zahnheilkunde Studirenden. Unter solchen Umständen könnte

es auch einmal unabweisbar werden, dass zwei — sonst getrennte — Lehrfächer in einer Hand vereinigt werden müssen, z. B. innere Medicin und Kinderheilkunde, Chemie und Arzneimittellehre, pathologische und normale Anatomie etc., ohne dass daraus das Geringste für die Untrennbarkeit oder Amalgamirungsfähigkeit dieser Fächer bewiesen werden könnte. Was aber im vorliegenden Falle von unserem Standpunkte aus bedauerlich erscheint, ist, dass auch hier wieder — wie das bereits in Heidelberg der Fall war — der laryngologische Lehrauftrag an eine otologische Docentur „angegliedert" wird, wie es so vielsagend heisst. Wir sind weit davon entfernt, auch nur einen Augenblick den mindesten Zweifel zu haben, dass der Herr, dem der Lehrauftrag für Laryngologie in Greifswald zugefallen ist, den besten Willen hat und sein Möglichstes thun wird, um diesem Lehrauftrag gerecht zu werden. Es ist aber wohl die Vermuthung zum mindesten naheliegend, dass Jemand, der aus einer rein otologischen Schule hervorgegangen, sich bisher fast ausschliesslich mit Otologie beschäftigt hat, auch in Zukunft diesem Fache sein Hauptinteresse und seine Hauptthätigkeit zuwenden wird, sodass schliesslich die Laryngologie in eine Aschenbrödelstellung neben ihrer bevorzugteren Schwester hinabgleitet.
Georg Finder.

XVI. Versammlung des Vereins deutscher Laryngologen
zu Freiburg i. Br., Pfingsten, 30.—31. Mai 1909.

In einer am 30. Mai statttfindenden Vorstandssitzung wurde der den Mitgliedern bekannt gegebene Antrag der Herren Denker und Killian vom Vorstande berathen. Der Antrag lautete.

„Der § 3 der Statuten möge folgendermaassen abgeändert werden:

Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern: derselbe wählt alljährlich aus seiner Mitte den Vorsitzenden der Gesellschaft, einen Stellvertreter desselben, einen Schriftführer, einen Stellvertreter desselben und einen Schatzmeister. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand, welcher den Verein gerichtlich und aussergerichtlich vertritt. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus: an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

Dieser Antrag wurde seitens des Vorstandes in folgender Weise abgeändert:

„Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus: an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

In der Sitzung vom 31. Mai wurde der Antrag des Vorstandes auf Satzungsänderung nach einigen Bemerkungen der Herren Fischenich, Killian und Denker mit zwei Dritteln Majorität (§ 7 der Satzungen) angenommen. Dem Kassenführer wurde auf Antrag des Vorsitzenden Entlastung ertheilt. Es finden sodann die Wahlen zum Vorstand statt. Gewählt wurden durch Majorität:

Herr Jurasz als I. Vorsitzender,
Herr Killian als II. Vorsitzender,
Herren Fischenich, Hansberg, Seifert und Siebenmann als Beisitzer,
Herr Neugass als Kassenführer,
Herr Blumenfeld als Schriftführer.

Als Ort der nächsten Tagung wurde Leipzig gewählt und zwar soll diese am Donnerstag vor Pfingsten stattfinden.

Bernhard Fränkel's 50. Doctorjubiläum.

Am 16. Juli d. J. feiert Bernhard Fränkel sein 50. Doctorjubiläum. Wir vereinigen uns mit seinen zahlreichen über die ganze Welt verstreuten Freunden und Schülern in dem Wunsche, dass es dem verehrten Jubilar vergönnt sein möge, noch viele Jahre in unverminderter Frische und Rüstigkeit thätig zu sein!

Ehrung für Sir Felix Semon.

In einer am 5. März d. J. abgehaltenen Versammlung der Laryngologischen Section der Royal Society of Medicine wurde einstimmig der Beschluss erhoben, Sir Felix Semon bei Gelegenheit des Niederlegens seiner Thätigkeit ein Zeichen der Anerkennung für seine Verdienste um die Laryngologie zu geben. Es hat sich zu diesem Zweck ein Comité gebildet, an dessen Spitze Dr. Dundas Grant steht.

Die Ehrung wird erstlich in einem Bankett bestehen, das am 2. Juli veranstaltet wird. Ferner soll dem zu Feiernden ein Album mit den Portraits der britischen Laryngologen überreicht werden und schliesslich ist eine Sammlung veranstaltet worden, aus deren Erträgnissen in Semon's Namen ein Stipendium oder eine Docentur gestiftet werden soll.

Grabdenkmal für Leopold von Schrötter.

Am 7. d. M. wurde am Centralfriedhof in der Gruppe der Ehrengräber das Grabdenkmal Hofrath v. Schrötter's enthüllt, eine gewaltige Granitplatte, in welche der Portraitkopf Schrötter's in Bronce eingelassen ist. Der Enthüllung des Denkmals wohnten die Familienmitglieder des Verstorbenen und eine grosse Zahl von Professoren der medicinischen Facultät, sowie der Bürgermeister Dr. Lueger bei, der die grossen Verdienste Schrötter's um die Bekämpfung der Tuberculose hervorhob. (Allgem. Wiener med. Zeitg. 15. VI. 1909.)

Personalnachrichten.

Privat-Docent Dr. Nürnberg in Giessen hat einen Lehrauftrag für Laryngologie erhalten.

Dr. Herm. Marx in Heidelberg hat sich für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde habilitirt.

Dr. T. Mancioli und Dr. de Carli in Rom haben sich für Oto-Rhino-Laryngologie habilitirt.

Dr. Arthur Alexander (Berlin) hat den Professortitel erhalten.

Prof. Dr. Th. Gluck (Berlin) ist zum Geheimen Sanitätsrath ernannt worden.

Die Herren B. Fränkel (Berlin) und Sir Felix Semon (London) sind zu Ehrenmitgliedern der American Medical Association gewählt worden.

Unser Mitarbeiter Herr Prof. Felix Klemperer ist zum dirigirenden Arzt der inneren Abtheilung des Verbandkrankenhauses der nördlichen Berliner Vororte gewählt worden.

Professor Dr. Freer (Chicago) ist zum correspondirenden Mitglied der Dänischen Oto-laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, August. 1909. No. 8.

I. Die Abschiedsfeier für Sir Felix Semon.

Am 2. Juli fand in den Whitehall Rooms des Metropolhotels, einem der grössten und schönsten für derartige Festlichkeiten zur Verfügung stehenden Saale Londons, ein Abschiedsbankett für Sir Felix Semon statt. Der Plan zu dieser Ehrung war im Kreise seiner engeren Fachgenossen entstanden. Bei den mannigfaltigen, in alle Kreise der Gesellschaft hineinreichenden Beziehungen und bei der grossen Beliebtheit des zu Feiernden konnte es jedoch nicht ausbleiben, dass jener Plan allgemeinen freudigen Anklang fand, und so vereinigte sich denn eine grosse Anzahl von Trägern bekannter Namen aus der wissenschaftlichen und künstlerischen Welt sowie Angehörige der Aristokratie und Hochfinanz, um jene Feier zu einem imposanten Zeugniss für das Ansehen und die Stellung, die sich Semon in seinem Adoptivvaterlande errungen hat, zu gestalten.

Den Vorsitz bei dem Bankett führte Henry Butlin, der bekannte Chirurg, der die einst in Misskredit gerathene Methode der Thyreotomie bei Kehlkopfkrebs wieder zu Ehren brachte und in Semon den Mann fand, der für diese Methode als unermüdlicher Apostel wirkte, sie verständnissvoll ausbaute und in so zahlreichen Fällen mit Erfolg in Anwendung brachte.

Aus der Zahl der Theilnehmer an dem Bankett — es waren deren nicht weniger als 250 — seien nur genannt: Der Duke of Fife, der Schwiegersohn des englischen Königs, der deutsche Gesandte Graf Metternich, der frühere deutsche Gesandte in Stockholm, Graf Leyden; ferner als Vertreter der Medicin: Sir Thomas Barlow, Sir Victor Horsley, Sir Henry Morris und der Leibarzt des Königs, Sir James Reid. Natürlich waren in ganz besonders grosser Zahl die Specialcollegen Semon's zur Stelle; von den bekannteren englischen Laryngologen fehlten nur wenige. Ohne dass diese Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, will ich nur nennen: Dundas Grant, St. Clair Thomson, Charters Symonds, Cresswell Baber, Tilley, Watson Williams, E. B. Waggett, de Havilland Hall, Scanes Spicer, Mayo Collier u. A. m. Die schönen Künste, Musik, Malerei, Litteratur und Schauspielkunst, waren besonders glänzend repräsentirt; hatten sie doch im

Semon'schen Hause, dessen Herrin sich ja selbst des Rufes einer bedeutenden Gesangskünstlerin erfreute, stets die liebevollste und begeistertste Pflege gefunden. Man sah Madame Blanche Marchesi, Sir Squire und Lady Bancroft, Sir Herbert Beerbohm Tree, Sir Lawrence Alma Tadema, Sir Hubert von Herkomer, Sir Paolo Tosti u. s. w. Unter den übrigen Anwesenden sei noch genannt der Lordoberrichter Moulton.

Der Toast, den Butlin auf „den Gast des Abends" hielt und in dem er im zwanglosen Plauderton ein fesselndes Bild von Semon's Laufbahn in London entwarf, bildete einen interessanten Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in England. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts — so erzählte der Redner — waren in den führenden medicinischen Kreisen die Specialitäten nichts weniger als angesehen; allgemeiner Anerkennung erfreuten sich eigentlich nur zwei: Augenheilkunde und Geburtshülfe. Die übrigen Specialabtheilungen an den Krankenhäusern standen unter Leitung eines Assistenten, der oft von dem ihm anvertrauten Fach nur die allerunzulänglichste Vorstellung hatte. Als Butlin am St. Bartholomew's Hospital studirte, fragte ihn eines Tages einer der Assistenten, ob er wohl Lust habe, die Ohrenkrankheiten gründlich kennen zu lernen, und auf Butlin's bejahende Antwort sagte er: „Dann kommen Sie auf drei bis vier Wochen zu mir in die Ohrenabtheilung und ich werde Ihnen Alles, was man davon weiss, beibringen. Es giebt nämlich eigentlich nur zwei Arten von Taubheit: die eine ist durch Ohrenschmalz bedingt und kann von Jedem geheilt werden; die andere hat mit Ohrenschmalz nichts zu thun und gegen diese kann Niemand etwas machen." Als Butlin dann selbst Assistent am St. Bartholomew's Hospital geworden war, wurde die Abtheilung für Halskrankheiten vacant. Sie wurde einem der Assistenten nach dem anderen angeboten, aber jeder weigerte sich, sie zu übernehmen, bis decretirt wurde: „dann muss sie Butlin übernehmen; er ist der jüngste und ist also dazu verpflichtet." So lagen die Verhältnisse, als Semon nach London kam. Er beschäftigte sich besonders im Hospital for diseases of the throat in Golden Square und wurde dann zusammen mit Lefferts klinischer Assistent von Morell Mackenzie. Nachdem er sein Examen bestanden und den Grad eines Mitglieds des Royal College of Physicians erlangt hatte, liess er sich im Jahre 1877 zur Ausübung der Praxis in London nieder. Als im Jahre 1881 der Internationale Medicinische Congress in London tagte, hatte Semon Gelegenheit, die Laryngologie in ihrem äusseren Ansehen und ihrer allgemeinen Anerkennung ein bedeutsames Stück zu fördern. Seinem Tact und seiner Beharrlichkeit gelang es, durchzusetzen, dass der Laryngologie zunächst wenigstens eine Subsection eingeräumt wurde. Ein Jahr später erhielt Semon den Posten des leitenden Arztes an der Abtheilung für Halskrankheiten des St. Thomas Hospital, eine Stellung, die er 15 Jahre lang inne gehabt hat. Im Jahre 1885 verlieh ihm das College of Physicians den Titel eines „Fellow", eine Auszeichnung, die niemals vorher Jemand besessen hatte, der ausschliesslich mit Laryngologie sich beschäftigte. Ein grosses Verdienst um die Förderung der Laryngologie in England erwarb sich Semon ferner durch die Gründung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft. Butlin sprach dann von den Verdiensten, die sich Semon um unsere Specialdisciplin durch die Begründung des Internationalen Centralblatts

erworben, er erwähne die zahlreichen Sympathiekundgebungen, deren Gegenstand er in diesem Jahre anlässlich des 25jährigen Bestehens des Blattes gewesen, und schloss seine Rede ungefähr folgendermaassen: „Wir versinken, habe ich oft gedacht, aus unserer Praxis wie die Blätter an einem stillen Herbsttag fallen, die einen schon vertrocknet, braun und gelb, andere noch so frisch von Aussehen, dass man sich wundert, warum sie sich schon vom Baume lösen. Niemals aber, das kann ich aufrichtig sagen, habe ich während meiner langjährigen Erfahrung in dieser Stadt eine Ehrung für einen Mann unseres Standes miterlebt von dem Umfang und dem Enthusiasmus, wie diese heute Abend hier."

Es sprachen ferner Mr. Alfred Mond, Mitglied des Parlaments, Dundas Grant, der ein Album mit den Photographien der britischen Laryngologen überreichte; Birkett, der den weiten Weg aus Montreal (Canada) zurückgelegt hatte, um an dem Ehrentage Semon's zugegen zu sein und im Namen einiger befreundeter Collegen der Lady Semon ein wundervolles Collier überbrachte; Sir Herbert Beerbohm Tree, der im Namen der englischen Schauspieler und Schauspielerinnen, denen Semon mit seiner ärztlichen Kunst so oft ein Helfer gewesen, ihm ein prächtig ausgestattetes Album mit deren Portraits überreichte, und Hubert von Herkomer, der in Semon vor allem den Freund und sympathischen Menschen feierte. Schliesslich überbrachte der Unterzeichnete die Grüsse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, deren Ehrenmitglied Semon bekanntlich ist.

Dr. Davis, als Schriftführer des Comités, machte die Mittheilung, dass die Sammlung für einen Fond, der zu einer Semon's Namen tragenden wissenschaftlichen Stiftung verwendet werden soll, und zu dem Beiträge auch aus Oesterreich, Frankreich, Deutschland, Russland, Italien, Schweden und Amerika eingegangen waren, den stattlichen Betrag von 1200 Pfund Sterling ergeben hatte.

Von lebhaftem Beifall begrüsst ergriff dann Semon das Wort. Er dankte Allen, die bei Gelegenheit seines Rücktritts von der Praxis ihm so zahlreiche und ungewöhnliche Beweise von Achtung und Sympathie gegeben hatten, in erster Linie dem König, der den ausdrücklichen Wunsch geäussert hatte, dass Semon auch weiterhin in der Stellung eines ausserordentlichen Leibarztes verbleibe. Er betonte, wie schwer es ihm werde, einer Thätigkeit, in der er so grosse Befriedigung und reiche Erfolge gefunden, zu entsagen und aus einer Stadt zu scheiden, in der er so zahlreiche und gute Freunde sich erworben. Er ging dann dazu über, zu schildern, wie schwer seine ersten Anfänge in dem fremden Lande waren, in das er als ein völlig Unbekannter, noch dazu mit unzulänglicher Kenntniss der Sprache, gekommen war. Er gab bei dieser Gelegenheit die ergötzliche Geschichte seiner ersten öffentlichen Rede in England zum Besten. Lord Lister war nach London gekommen und hielt einen Vortrag, in dem er Ansichten vertrat, die vom laryngologischen Gesichtspunkt aus sehr anfechtbar waren. Semon hatte geglaubt, es würde sich lebhafter Widerspruch geltend machen; als aber keiner erwiderte und der Vorsitzende schon im Begriff war, zum nächsten Punkt der Tagesordnung überzugehen, erhob er sich selbst und legte seinen dissentirenden Standpunkt dar. Er war den Mitgliedern der Versammlung der Gesellschaft völlig unbekannt; jedoch erhob sich, als er geendet hatte, lebhafter Beifall, und ein in seiner Nähe sitzender Herr, der ihn oberflächlich kannte, sagte, das wäre ein guter

Anfang, zumal wenn man bedenke, dass er es gewagt hätte, in einer fremden Sprache und gegen Lord Lister zu sprechen. Als er mit eben diesem Herrn auf dem Heimwege begriffen war und in ihn drang, ihm aufrichtig seine Meinung über seine Rede zu sagen, bekam er schliesslich die Antwort: „Ja, wenn Sie es denn wirklich ganz aufrichtig wissen wollen: ich habe nicht ein Wort von dem verstanden, was Sie gesagt haben.“ Jene Rede — setzte Semon hinzu — blieb dann für lange Zeit meine einzige.

Der Abend endete mit einer Reihe von musikalischen Darbietungen, deren Reihe durch Lady Semon eröffnet wurde, die einen von ihrem Sohn componirten Gesang mit herrlicher Stimme und vollendetem Vortrag zu Gehör brachte.

Die ganze Festlichkeit, für deren ausgezeichnetes Arrangement dem Comité nicht Lobes genug gespendet werden kann, verlief in würdigster und harmonischster Weise. Sie bildete eine höchst eindrucksvolle Kundgebung nicht nur für die Beliebtheit und das Ansehen, das Semon in England geniesst, sondern auch für die Werthschätzung und Achtung, deren sich dort die von ihm vertretene Sonderdisciplin erfreut. Das Andenken an diesen Abend wird ihn gewiss als eine der kostbarsten Erinnerungen seines Lebens in sein otium cum dignitate hinüberbegleiten.

Georg Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Mühlenberg** (Düsseldorf). **Einiges über die Behandlung von Halskrankheiten vor ungefähr 100 Jahren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Besprechung einiger in dem alten Werke Radermacher's erwähnter Halskrankheiten und deren Therapie, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

2) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Oto-Laryngologie in Amerika. (Oto-Laryngologi i Amerika.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 7 u. 8. 1909.*

Studienreise-Eindrücke.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

3) **Geo E. Shambaugh. Aerztecurse in Oto-Laryngologie. (Post-graduate instruction in Oto-Laryngology.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Verf. wendet sich gegen die heutzutage noch immer beliebte Methode, Jemanden in wenigen Monaten zum Specialisten zu drillen. In der Ausbildung dürfe nicht einseitig die klinische Thätigkeit berücksichtigt werden, sondern der zukünftige Specialist müsse sich ein oder zwei Jahre mit Anatomie und Physiologie der betreffenden Körperregion beschäftigen.

EMIL MAYER.

4) **August Lucae. Sollen Oto- und Laryngologie von einem Lehrer gemeinsam an den Universitäten gelehrt werden?** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1909.*

Lucae wendet sich gegen Passow's Begründung, warum auch er ein Gegner der Verschmelzung beider Fächer sei. Nicht, weil er „später sich nicht

mehr dem neuen Fach habe zuwenden" wollen, sondern aus grundsätzlichen und wohlerwogenen Bedenken habe er stets und auch jetzt noch sich gegen die Vereinigung von Otologie und Laryngologie in der Hand eines Lehrers ausgesprochen. Er — Lucae — habe bei seiner medicinischen Ausbildung sowohl Laryngologie, wie Rhinologie und Ophthalmologie getrieben. Schon 1862 sei durch Lewin in Berlin Gelegenheit zum laryngologischen Unterricht gegeben gewesen. Vor seiner Niederlassung als Otologe in Berlin (1862) habe er in Wien u. a. bei Türck Laryngoskopie und die Czermak'sche Rhinoskopie getrieben und sei schliesslich in London als Schüler Toynbee's zur Otologie geführt worden.

Auch habe er als Student bei Graefe und in Wien bei Arlt und Jaeger sich mit Ophthalmologie beschäftigt. Die Folge dieser Ausbildung nach verschiedenen Richtungen hin war, dass er, „nach Berlin zurückgekehrt, in jugendlichem Eifer sich vornahm, Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie auszuüben. Bei seinen langjährigen anatomischen Vorarbeiten über das Gehörorgan unter Rudolf Virchow wurde ihm jedoch bald klar, dass er zu einem wissenschaftlichen Erfolge in diesem so schwierigen Gebiete sich lediglich auf die Otologie beschränken müsse." Hierin sei schon „hinreichend die Stellung begründet, die der Lehrer und Forscher in der vorliegenden Frage einnehmen müsse": er müsse unbedingt auf Trennung der beiden Disciplinen als Lehrfächer dringen. Er schliesse sich den Worten Bloch's an, die dieser gegen die Argumentation Passow's angeführt habe.

In Consequenz der Passow'schen Argumentation müsse bei den häufigen Complicationen seitens des Ohres bei Allgemeinerkrankungen (z. B. acute Exantheme, Meningitis cerebrospinalis, Influenza, Diphtherie, Typhus) der Otologe auch alle diese Krankheiten beherrschen, event. Kinderarzt sein.

Was den Zusammenhang zwischen Sprache und Ohr betreffe, so sei allerdings das Ohr der hauptsächlichste Sprachbildner; doch falle dem Ohr logisch nur die Taubstummheit zu, über die ja Seitens der Otologen seit Jahren Ausgezeichnetes geleistet worden sei, die übrigen Sprachstörungen gehören dagegen naturgemäss zum kleinen Theil der Laryngologie, zum grösseren dem grossen Gebiete der Sprachstörungen an, die neuerdings durch Gutzmann als eine selbstständige Wissenschaft ausgebaut worden sei. Auch der von Passow construirte räumliche Zusammenhang mit seinen daraus gezogenen Schlussfolgerungen bestehe nicht zu Recht; dann „läge es doch viel näher, den Nasenrachenraum wegen des Thränennasencanals als Verbindungsglied zwischen Ohr und dem viel näher liegenden Auge anzusehen".

„Schon allein die literarisch kaum noch zu beherrschende Otologie mit ihrer Anatomie, Physiologie, Diagnostik und hochentwickelten operativen Technik müsse es einem selbst tüchtigen Manne erschweren, auch noch die moderne Laryngologie mit allen ihren Nebenfächern gründlich zu lehren."

Lucae verwirft die Körner'sche Meinung, nach der die Verschmelzung der 3 Gebiete zu einer „erfreulichen (?) Vereinfachung des Unterrichtes, der Krankenbehandlung und des Krankenhausbetriebes" führe. Im Gegentheil, gleich Bloch sei er der Meinung, dass diese Vereinigung zu einer Verflachung eines der beiden Fächer führen müsse. Die Laryngologie sei nie und nimmer ein Grenzgebiet der

Otologie. Das eine Grenzgebiet — gewissermaassen „die äussere Pforte des Mittelohres“ — sei der Nasenrachenraum, das andere, wichtigste für den Otologen sei das Gehirn mit allen seinen vitalen, localen und consecutiven allgemeinen Erkrankungen. „Schon allein diese verantwortungsreiche Beziehung zur Otologie verhindere den Otologen, auch noch die Laryngologie gründlich zu lehren.“

Die Thatsache, dass nur an 6 von den 19 deutschen Universitäten gesonderte laryngologische Institute bestehen und dass die jüngeren practischen Otologen fast ausnahmslos beide Fächer betreiben, bilde kein stichaltiges Argument für den organischen Zusammenhang beider Disciplinen als Lehrfächer. Die zweite Thatsache sei vielmehr in dem Kampf ums Dasein begündet. Im Uebrigen gebe es vieles Unrichtige in der Welt, und die Wahrheit kehre sich an keinen Majoritätsbeschluss.

Ganz anders verhalte sich die Frage nach der Berechtigung der nicht als Lehrer angestellten Otologen, beide Fächer gemeinsam zu betreiben. Dies sei Privatsache jedes Einzelnen, der sich seine practische Thätigkeit combiniren könne, wie er wolle. Lucae weist sodann auf den durch statistische Nachweise erbrachten grossen Umfang der Zahl der Oto-Laryngologen, besonders im Ausland hin; während die Lehrer in Kliniken und Polikliniken durch Studenten und Aerzte controlirt werden könnten, falle dies bei den Practikern weg. Bei der versteckten Lage des Gehörorganes falle die Controle des Publicums über die therapeutischen Maassnahmen im Gegensatz zu anderen Gebieten gleichfalls hinweg, so dass auch hierdurch das Sechswochen-Specialistenthum leichter sich entwickeln könne. Unter Hinweis auf die hohe wissenschaftliche Entwickelung der Augenheilkunde schliesst Lucae in der Hoffnung, „dass sich unter den jüngeren Otologen Nachfolger darin finden, um endlich auch der Otologie eine der Augenheilkunde ebenbürtige Stellung zu verschaffen.“

HECHT.

5) **Jurasz. Beitrag zur polnischen laryngologischen Nomenclatur. (Przyczynek do polskiego wdanownictwa lekarskiego.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Der Verfasser berührt einige in dieser Frage bezügliche Punkte.

A. v. SOKOLOWSKI.

6) **Nikitin. Von den Beziehungen des Allgemeinzustandes des Organismus zu den Krankheiten der oberen Luftwege. (Ob otnoschenii obschtschawo soshojania organisma k bolesnjawa werchnich dichatelnich putei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 422. 1908.*

N. hat während seiner langen und ausgedehnten Praxis die Anschauung gewonnen, dass, abgesehen von acuten Krankheiten, welche Anfangs örtlich sein können, alle übrigen Affectionen mit der Störung des Allgemeinzustandes im Zusammenhange stehen. Darum ist das zu enge Specialistenthum zu verwerfen.

P. HELLAT.

7) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang der Krankheiten der oberen Luftwege und der urogenitalen Organe.** *Budapesti orvosi ujság. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der Zusammenhang zwischen menstruellen Blutungen und Krankheiten der

oberen Luftwege wird ausführlich behandelt. Verf. hat öfters beobachtet, dass die Menstruation bei Verengerungen der Speiseröhre und der Luftröhre sistirte. Bei mit ähnlichen Erkrankungen behafteten Männern ist Abnahme des Geschlechtstriebes beobachtet worden. Bei Nierenkrankheiten kommen Anämie, Hyperämie und Oedeme vor. v. NAVRATIL-POLYAK.

8) F. Gumey Stubbs. **Allgemeinwirkungen chronischer Infectionen von Hals und Nase. (Systemic effects of chronic infections of the throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. bespricht unter Anderem die Bedeutung der Gaumen- und Rachenmandel für die Entstehung von Tuberculose und acutem Gelenkrheumatismus; auch die Möglichkeit, dass die Tonsillen bei Arthritis deformans die Rolle einer Eintrittspforte spielen, wird erörtert. LEFFERTS.

9) D. S. Doughtery. **Einige für den Practiker besonders interessante Symptome seitens Nase, Hals und Ohr. (Some nose, throat and ear symptoms of significant interest to the Practitioner.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Verf. bespricht besonders die Epistaxis als Symptom einer Allgemeinerkrankung oder einer Affection entfernterer Organe, ferner die Heiserkeit als Begleiterscheinung von Allgemeinerkrankungen. LEFFERTS.

10) Edgar P. Copeland. **Die Beziehung der Infectionskrankheiten — Masern, Keuchhusten und Influenza — zur Tuberculose bei Kindern. (The relation of the infectious diseases — Measles, Whooping Cough and Influenza — to Tuberculosis in children.)** *N. Y. Medical Journal. 12. December 1908.*

Die Obductionen ergaben, dass in 31,2 pCt. aller Fälle von Masern tuberculöse Veränderungen vorhanden sind, ebenso sind solche nach Keuchhusten und Influenza sehr häufig. Die Tuberculose entwickelt sich gewöhnlich aus einem latenten Herde auf dem Lymphweg. LEFFERTS.

11) A. Rejtö (Budapest). **Nasen- und Ohrenuntersuchungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Statistisches. v. NAVRATIL-POLYAK.

12) W. Siegel (Reichenhall). **Balneotherapie und Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 791. 1909.*

S. empfiehlt die Balneotherapie bei Erkrankung der oberen Luftwege und setzt alle die Gründe auseinander, warum an Badeorten günstigere Erfolge erzielt werden als zu Hause. OPPIKOFER.

13) F. Blumenfeld (Wiesbaden). **Ueber ein neues Milchsäurepräparat für die rhino-laryngologische Praxis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 779. 1909.*

B. verwendet statt der Milchsäure die Glycerinester der Milchsäure, das Monolactat und das Dilactat. Die beiden Mittel — das Dilactat verdient im All-

gemeinen den Vorzug — werden unter dem Namen Dianol 1 und Dianol 2 in den Handel kommen und haben gegenüber der Milchsäure den Vortheil, dass die Reizerscheinungen, besonders im Kehlkopf, geringer und deshalb die Schmerzen weniger heftig sind.

OPPIKOFER.

14) **D. H. van der Goot** (Haag). **Beitrag zur Radiotherapie. (Bijdrage tot de radiotherapie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 882. 1909.*

Bericht über seine, während 5 Jahre radiotherapeutisch behandelten 110 Fälle. Von denselben sind für unsere Disciplin von Bedeutung:

	Zahl	Geheilt	Gebessert	Nicht gebess.	Noch in Behandl.
Epithelioma cutis	12	8	—	2	2
Tuberc. verr. cutis	3	3	—	—	—
Lupus vulg.	7	3	2	1	1
Morb. Based.	6	—	3	2	1
Carc. gloss. phar.	11	—	—	10	1

H. BURGER.

15) **Ruprecht** (Bremen). **Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln und des Trommelfells. Ein Beitrag zur Technik der Anästhesie in der Praxis des Hals-, Nasen- und Ohrenarztes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2, 3 u. 4. 1909.*

In dem „Narkose oder Localanästhesie“ betitelten ersten Capitel beleuchtet R. kritisch Vorzüge und Nachtheile beider Methoden, warnt dringend — unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur — vor der Allgemeinnarkose und empfiehlt die Localanästhesie, zu deren Ausbau er in den folgenden Capiteln ausgiebiges Material liefert. Er berichtet über seine verschiedenen Versuche, die zu dem Endresultate führten, dass er eine ausreichende Anästhesie der Rachenmandel durch wiederholte Bepinselung des einschlägigen Gebietes mit 10proc. Alypinlösung durch die Nase hindurch erzielte. Als geeignetste Anästhesirungsmethode zur Tonsillektomie empfiehlt Autor die Infiltrationsanästhesie der Gaumenmandeln, die ja zum Theil auch als Leitungsanästhesie wirkt, mittels einer 2proc. Novocainlösung mit 0,6proc. NaCl-Lösung zubereitet und einem Zusatz von 0,1 Vol. Suprareninlösung. Bezüglich Technik und weiterer Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

16) **F. Auerbach** (Detmold), **Neuer Zerstäubungsapparat zum Cocainisiren.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Der in erster Linie zu diagnostischen Zwecken beabsichtigte Cocainzerstäuber für die Nase besitzt gegenüber den bisher gebräuchlichen den Vorzug, dass er vollständig mit einer Hand gehalten und zugleich bedient werden kann. Der Zerstäuber ist in der Arbeit abgebildet und beschrieben.

HECHT.

17) **Botey** (Barcelona). **Die letzten Fortschritte in Oesophagoskopie und Tracheoskopie. (Ultimos adelantos en esofagoscopia y traqueoscopia.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. September 1908.*

Uebersicht über die Brünings'schen Instrumente und deren Handhabung.

TAPIA.

18) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Bedeutung der Oesophagoskopie und Tracheoskopie in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 402. 1908.*

Verf. empfiehlt die Oesophagoskopie besonders zur Sicherstellung der Frage, ob eine Stenose spastischer oder neoplastischer Natur sei. Er meint, die einmalige Oesophagoskopie gebe unzuverlässige Resultate, man müsse sie in Zwischenräumen von Wochen und Monaten wiederholen. Ferner zur Differentialdiagnose zwischen Cancer ventriculi und Cancer oesophag. und zur Diagnose der Oesophagusdilatationen und Divertikelbildungen ist die Oesophagoskopie unerlässlich, ebenso wie sie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre als die beste und schonendste angesehen werden muss.

Verf. hebt dann die directe Laryngoskopie hervor, deren klinische Bedeutung am grössten im Kindesalter ist sowohl zur Diagnosenstellung als auch zur Vornahme eines endolaryngealen Eingriffs, und dann die Tracheoscopia directa, deren Anwendung bei Trachalstenose infolge substernaler Struma, von malignen Neubildungen im Mediastinum und von tuberculösen Bronchialdrüsen, von grossem Nutzen war.

Verf. führt viele lehrreiche Beispiele an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **Notiz des Herausgebers. Gefahren der directen Tracheoskopie und Oesophagoskopie. (Dangers of direct Tracheoscopy and Esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. verlangt, dass — abgesehen von den Fällen, wo eilige Hilfeleistung dringend geboten — die Patienten zur directen Untersuchung genau so präparirt werden sollen, wie zu grossen chirurgischen Operationen; die directe Untersuchung eigne sich nicht zur Vornahme in der Sprechstunde oder in der Poliklinik.

Killian hat 164 Fremdkörperfälle, die mit Röhren behandelt waren, zusammengestellt, von denen bei 159 der definitive Ausgang bekannt ist: zwei Patienten starben an Cocainvergiftung, zwei infolge Stenose, 16 an Lungencomplikationen, fünf mit dem Fremdkörper in situ und 11 trotz der glücklichen Entfernung desselben. In Amerika hat Fletcher Ingals zwei Fälle berichtet, die wahrscheinlich infolge Vagusreizung tödtlich verliefen.

Es ist zweifelhaft, ob für diese Zwecke bei Kindern überhaupt Cocainanästhesie angewandt werden darf, wogegen sie bei Erwachsenen sicher der allgemeinen Narkose vorzuziehen ist.

Verf. weist schliesslich noch auf die Möglichkeit einer Oesophagusruptur bei ulcerativen Processen, Aneurysmen etc. hin und räth zur äussersten Vorsicht in dem Gebrauch der Tuben in allen Fällen, wo der leiseste Verdacht auf solche Dinge vorliegt.

LEFFERTS.

20) **John F. Barnhill. Bericht über Fälle von Fremdkörpern in den Athmungswegen. (Report of cases of foreign body in the respiratory tract.)** *Indianopolis Medical Journal. März 1909.*

Die ersten Fälle betreffen fünf im Kehlkopf sitzende Stecknadeln und zwei Sicherheitsnadeln. Es handelte sich — bis auf ein 13jähriges Kind — stets um

Erwachsene. Es handelte sich stets um Frauen, die beim Anziehen die Nadeln im Mund gehalten hatten. Gewöhnlich befand sich die Nadel oberhalb der Stimmbänder, nur in einem Fall war sie theils ober- theils unterhalb derselben. Die Spitze war stets tief in die Gewebe eingedrungen, einmal in den Ventrikel, einmal in die subglottische Schleimhaut. Alle Nadeln wurden mittels der directen Methode entfernt. Eine Sicherheitsnadel war in dem Ventrikel eingekeilt und musste mittels der hohen Tracheotomie entfernt werden.

Ferner berichtet Verf. über das Eindringen eines Getreidekorns in den rechten Bronchus eines Kindes: der Fremdkörper wurde von der Tracheotomiewunde aus mittels des Jackson'schen Instrumentariums extrahirt. In allen Fällen trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

21) **Guisez. Pseudo-Fremdkörper in den Bronchien. Pseudo-Carcinom der Speiseröhre. (Faux corps étrangers bronchiques. Pseudo-cancers oesophagiens.)** *Association française de Chirurgie. Paris 5. bis 10. October 1908.*

Unter 30 mit der Diagnose „Fremdkörper im Bronchus“ geschickten Patienten, bei denen die Diagnose auf Grund der Anamnese, der functionellen und physikalischen Zeichen und der Röntgenuntersuchung gestellt war, fand sich bei 10 gar nichts, bei 3 Fremdkörper des Oesophagus.

Unter 310 Fällen, die mit Bronchoskopie und Oesophagoskopie untersucht wurden und klinisch die Zeichen des Carcinoms boten, handelte es sich acht Mal um Compression von aussen, sechs Mal um Spasmus und einmal um Narbenstenose.

GONTIER de la ROCHE.

22) **Heinrich Bayer** (Strassburg). **Ueber zwei besondere Fälle von Fremdkörperaspiration.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1909.*

Beide Fremdkörper wurden erst bei der Section gefunden und in vivo nicht diagnosticirt. Bei dem ersten Falle handelte es sich um einen wahrscheinlich im Schlafe aspirirten cariös gewordenen Milchmolarzahn bei einem 9jährigen Knaben, der den rechten Stammbronchus verlegte. Die klinische Diagnose war auf Lungenabscess im rechten Unterlappen gestellt worden.

Der zweite Fall, dessen klinische Diagnose Pyopneumothorax rechts, Jauchung im rechten Unterlappen „vielleicht infolge aspirirten Fremdkörpers“ lautete, ergab eine fast vollkommene Stenose des rechten Stammbronchus an der Abgangsstelle des ersten Ventral- und ersten Dorsalastes durch einen Fremdkörper, ein 18:10:5 mm messendes, an beiden Enden zugespitztes, kahnförmiges Knochenstückchen mit rauher Oberfläche. Dieser Fremdkörper erwies sich als ein Sequester, der genau in eine Perforation des harten Gaumens passte. Der 40jährige männliche Patient hatte vor ca. einem Jahre Lues acquirirt. Die Krankengeschichten und Sektionsbefunde sind in extenso mitgetheilt.

HECHT.

23) **Wilhelm Waller** (Malmö). **Oesophagoskopie, Tracheoskopie und Bronchoskopie. (Oesophagoskopi, Tracheoskopi och Bronchoskopi.)** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Nach einer kurzen Darstellung von der historischen Entwicklung dieser Untersuchungsmethode und nach der Beschreibung des nöthigen Instrumentariums und dessen Anwendung, berichtet Verf. über einige interessante Fälle.

Bei 10 Fällen, bei denen Schwierigkeit beim Schlucken zu constatiren war, konnten viermal spastische Stenosen, dreimal Tumoren (zweimal Cancer, einmal Polyp) diagnosticirt werden; ein Fall von Divertikel und einer von Varicen waren vom Verf. festgestellt. Von Fremdkörpern im Oesophagus hat Verf. zweimal Fischgräten und einmal einen Theil einer Zahnprothese extrahirt; aus den oberen Luftwegen hat er dreimal mit glücklichem Erfolg Fremdkörper entfernt.

E. STANGENBERG.

24) **Chevalier Jackson. Ein Fremdkörperextractor. (A foreign body extractor.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Verf. hat ein Instrument zur Extraction weicher Fremdkörper, wie Bohnen und Erbsen, die unter der Zunge leicht zerbrechen, angegeben, dessen löffelartiges Ende unter den Fremdkörper gebracht wird und dann mittels eines am Handgriff befindlichen Mechanismus im rechten Winkel gedreht wird.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **E. Zuckerkandl. Ueber die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 613. 1909.*

Stärkere Blutungen bei Operationen am Septum sind höchst wahrscheinlich Folge einer Verletzung des unteren Astes der Arteria nasopalatina. Um diese Verletzung zu vermeiden, macht Z. den Vorschlag, wenn irgendwie zulässig, die Operation nicht bis zum Nasenboden fortzusetzen und die Crista palatina zu schonen; auch bei Stehenlassen der Crista palatina werde in vielen Fällen die Nase frei durchgängig.

OPPIKOFER.

26) **Harris Peyton Mosher. Die Prämaxillarflügel und Septumdeviationen. (The praemaxillary wings and deviations of the septum.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Verf. erörtert den Zusammenhang zwischen Septumverbiegung und fehlerhaftem Wachsthum der Schneidezähne; für die leichten vorderen Verbiegungen, die so häufig gefunden werden, hält er dieses für die am meisten in Betracht kommende Ursache.

EMIL MAYER.

27) **Walter Haberfeld** (Wien). **Ueber ein bisher unbekanntes Knorpelgebilde in der Nasenscheidewand des Menschen.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 4. 1909.*

H. fand gelegentlich seiner Untersuchungen über die Rachendachhypophyse und andere Hypophysengangreste beim Menschen an einer ganz bestimmten typischen Stelle der Schleimhaut der hinteren Vomerkante einen grösseren, aus hyalinem Knorpelgewebe bestehenden Herd und zwar in 50 pCt. der untersuchten Erwachsenen. Derselbe liegt einige Millimeter unterhalb des oberen Vomerrandes, hat eine längliche Gestalt und liegt mit seiner Längsachse parallel zur hinteren Vomerkante. Bei Kindern und Neugeborenen ist dieser Knorpelherd selten gefunden worden, bei den untersuchten Föten gar nicht. Wahrscheinlich ist dieses Gebilde als

rudimentäres anzusprechen, ohne dass jedoch eine Angabe über seine phylogenetische Bedeutung möglich wäre.

HECHT.

28) **Hopmann. Verkürzung und Verlagerung des Vomer.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 305. 1908.*

Unter Verlagerung des Vomer versteht H. eine Anomalie, bei der der Vomer verkürzt und mit seinem hinteren Rande und den Alae nicht an normaler Stelle sondern vor derselben gelagert ist, so dass es nicht zur Bildung regulärer Choanen kommt. Die Rachentiefe wird dadurch erheblich vergrössert. Das Vorrücken des Vomerrandes nach vorn kann so erheblich sein, dass er sich bis zu 25 mm von der Ebene der Plica salpingopalatina entfernt und somit ein nicht unbeträchtlicher Theil der lateralen Nasenwand anscheinend frei im Nasenrachenraum liegt.

Die Fälle von Verlagerung und Verkürzung des Septums, die H. gesehen hat, betreffen meist Ozaenakranke. Die Septumverkürzung, die als Wachsthumstörung aufzufassen ist, spricht deshalb nach H. zu Gunsten der Auffassung, dass die Ozaena als congenitale und nicht etwa als durch langdauernde Eiterung erworbene Krankheit aufzufassen ist.

Am Schluss der Arbeit wird die Methode, durch welche beim Lebenden Moulagen des Epipharynx hergestellt werden können, kurz beschrieben.

OPPIKOFER.

29) **Otto Freer** (Chicago). **Die submucöse Fensterresection; ein ergänzender Nachtrag.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 361. 1908.*

Verf. verwirft die Operationsart Killian's und Hajek's mittels Knopflochschnitts vorne am Septum als unzuverlässig und empfiehlt wiederholt die Vorzüge des L-Lappens. Man soll den den Lappen nach hinten begrenzenden senkrechten Schleimhautschnitt weit nach oben und den Horizontalschnitt weit nach vorn etwas über die Verbiegung hinaus führen, damit ein grosser Lappen vorgezeichnet wird, welcher nach seiner Ablösung bequem durch den Retractor nach vorne gehalten werden kann. Durch diese Art Lappenbildung liesse sich das ganze Operationsfeld völlig freilegen.

Darauf spricht Verf. über Verschiedenheiten im Aufbau der Scheidewand. Sehr starke Verdickung der Bedeckungen ist selten und wurde am häufigsten bei Knaben am vorderen Theile des knorpeligen Septums beobachtet, sodass trotz sehr schwachen Knorpels diese Partie sich kolbig und hart anfühlte und sogar Cristae auf diese Art durch Ausgleich der Niveaudifferenz verdeckt wurden.

Sodann spricht Verf. über das Verhalten von Narben der Schleimhaut, über die Resection bei bestehender Perforation, über stellenweises Wachsthum des Scheidewandknorpels über seine Knochengrenzen hinaus und theilweise Bedeckung einer Seite der knöchernen Scheidewand durch solche knorpeligen Fortsätze, über die Resection der knöchernen Basis der Verbiegung und der Crista. Nach der Entblössung der Crista ist es leicht, sie mit wenigen Schnitten der vom Verf. modificirten Grünwald'schen Zange wegzunehmen. Diese Angaben sind durch Illustrationen dem Verständnisse nahegerückt; ebenso sind einige Instrumente abgebildet.

Was die Operation bei Kindern betrifft, so fand Verf. mit Ausnahme von drei Fällen, wo sich trotz gründlicher Entfernung der verticale Winkel der Verbiegung zum Theil wieder bildete, die Erfolge ebenso schön, wie bei Erwachsenen. — Die neuerlich des öfteren wiederholte Warnung, dass dem Wachsthum der kindlichen Nase durch die Operation Schaden zugefügt werde, sei nur Theorie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **K. M. Menzel** (Wien). **Zur Fensterresection der verkrümmten Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 6. 1908.*

Unter Hinweis auf die gesammte einschlägige Literatur theilt Wenzel mit, dass ihm die kurze Mittheilung Killian's bezüglich der submucösen Fensterresection bei Publication seiner Arbeit unbekannt gewesen und diese Methode vor seiner Publication wohl vollständig unbeachtet geblieben sei. M. schliesst mit den Worten: „Dass ich selbstverständlich keine Absicht habe, die Priorität Killian's in dieser Frage in Zweifel zu ziehen, ferner aber, dass ich ohne irgendwelche Kenntniss der von Killian auf der 71. Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung meine seinerzeit veröffentlichte Modification der Krieg'schen Fensterresection bereits seit Mai 1902 übe und Ende 1903 publicirte. Meine Arbeit ist also unabhängig von Killian entstanden," ferner „dass ich meine Publication nicht, wie sie von manchen aufgefasst worden zu sein scheint, als gemeinsame Arbeit von Hajek und mir, sondern als ausschliesslich eigene veröffentlicht habe und zu vertreten wünsche."

HECHT.

31) **K. M. Menzel** (Wien). **Nachträgliche Bemerkungen zu meinem im Septemberheft enthaltenen Aufsatz über die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1908.*

Berichtigend theilt Autor mit, dass Band 1900 des Internationalen Centralblatts für Laryngologie ein Referat der in seiner Arbeit mehrfach erwähnten Mittheilung Killian's auf dem Deutschen Naturforschertag zu München 1899 enthalte, dass jedoch ein Hinweis auf dieses Referat ausschliesslich im Namensregister unter „Killian" zu finden sei, im Sachregister — das allein für den Bearbeiter eines Gegenstandes maassgebend sei — infolge eines Druckfehlers eine falsche Seitenzahl verzeichnet stehe.

Durch vorstehende Bemerkungen werden weder die Beweisführung noch die Schlussfolgerungen seiner seinerzeitigen Arbeit tangirt.

HECHT.

32) **Jürgens. Beobachtungen bei totaler und theilweiser Entfernung des Nasenseptums. (Nobljaedenija pri polnom i tschashitschnom udalenii nosowai peregorotki.)** *Jeshemesjatschnik. p. 144. 1908.*

Jürgens operirt sowohl nach der früheren oder Lappenmethode wie auch nach der submucösen oder Killian'schen Methode. Der ersteren giebt er in den Fällen den Vorzug, wo die Krümmung sehr stark ist. Bei sehr alten Leuten hält er die Correctur für unnütz oder gar schädlich.

P. HELLAT.

33) **Fr. Müller** (Heilbronn). **Bemerkungen über die Operation von Septumdeformitäten; die submucöse Resection der Crista lateralis septi.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 1. 1909.*

Bei zwei Patienten trat im Anschluss an die submucöse Resection eine acute Otitis ein, 1 mal eine Angina mit nachfolgender schwerer Myocarditis und 1 mal 8 Tage nach der Operation eine sehr schwere Nachblutung im Anschluss an heftiges Niesen. Einzelne Patienten sind in den ersten Wochen nach der Operation müde und unfähig zu arbeiten. Die an und für sich segensreiche Operation soll deshalb nur nach genauer Indicationsstellung ausgeführt werden.

Besteht eine einfache Crista septi ohne Deviation, so soll doch die Crista immer nur submucös entfernt werden; es ist zu bedauern, dass die alte Methode ohne Schonung der Schleimhaut auch heute noch vielfach geübt wird.

OPPIKOFER.

34) **Onodi. Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose. (La résection de la cloison nasale dans la tuberculose primitive.)** *Arch. intern. de laryngologie etc. November-December 1908.*

Verf. räth, die Nase in der Mittellinie zu eröffnen, die osteoplastische Resection der Nasenbeins und des Processus frontalis des Oberkiefers vorzunehmen, sowie die erkrankten Theile zu reseciren. Dann wendet er den Galvanokauter und Milchsäure an.

BRINDEL.

35) **J. E. Mackenty. Die submucöse Operation der Nasenscheidewand; Befürwortung einer schnelleren Technik. (The submucous operation on the nasal septum with a plea for a more rapid technic.)** *American Journal of Surgery. Mai 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass man so wenig Instrumente wie möglich brauchen soll. Man soll sehen, so blutleer zu operiren, dass das zeitraubende Tupfen nicht nöthig ist. Um den Knochen schnell entfernen zu können, muss die Schleimhaut von der Deviation und dem Nasenboden gründlich abgelöst werden, bevor man einen Versuch zur Entfernung des Knochens macht.

EMIL MAYER.

36) **Okunew. Eindrücke von der O. Freer'schen Septumoperation. (Wpetschatlenija ot operazii iskoiwlenii peregorodki nosa po sposoby O. Freer'ar.)** *Jeshemesjatschnik. p. 517. 1908.*

O. theilt in der Arbeit mit, dass er und Wygotzki nach der Freer'schen Methode 11 mal operirt haben. Er ist mit der Methode zufrieden.

P. HELLAT.

37) **Erbrich. Ueber die submucöse Operation des Septum nasi. (O operacjach podilnzowego usuwania sknywdowy przegrody nosa.)** *Gazeta Lekarska. No. 45 u. 46. 1908.*

Nachdem der Verf. eine Beschreibung der verschiedenen Methoden der Septumoperationen angegeben, berichtet er über einige Fälle, die er im Laufe von 2 Jahren nach der Methode von Killian mit gutem Erfolge operirt hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

38) **Kretschmann. Orale oder nasale Resection der Nasenscheidewand; ein Wort der Erwiderung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1909.*

Sachliche Polemik gegen Brünings, mit dem Hinweis, dass die nasale Methode seiner Zeit auch eine Reihe unangenehmer Begleiterscheinungen gezeitigt habe, die erst im Laufe der Zeit durch die Zusammenarbeit einer ganzen Anzahl von Rhinochirurgen beseitigt wurden und dass dadurch die nasale Methode erst auf ihre heutige Höhe gelangt sei. Die orale Methode, die erst im Anfang ihrer Laufbahn stehe, dürfe man nicht a limine verwerfen; auch sie sei verbesserungsfähig und Autor habe selbst neuerdings einen Theil der von B. beanstandeten Mängel (starke Blutung, schwere Vermeidung der Einrisse bei Ablösung der Nasenschleimhaut, postoperative starke Schwellung und Temperatursteigerung) durch verbesserte Technik vermeiden gelernt. Der Zukunft bleibe es vorbehalten, zu entscheiden, ob die orale Methode das Bürgerrecht in der Rhinochirurgie gewinne oder nicht.

HECHT.

39) **Müller** (Heilbronn). **Eine seltene Störung nach submucöser Nasenscheidewandresection.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1908.*

Einige Wochen nach normalem Verlauf der Operation trat bei dem Patienten bei der In- und Exspiration ein dem Ton a^{b} entsprechendes Pfeifen auf, das den Patienten und seine Umgebung sehr störte. Als Ursache fand sich am unteren Ende des Knorpelschnittes ein schiefverlaufendes Loch von 2 mm im Durchmesser in der Nasenscheidewand, über das sich auf der einen Seite eine straff gespannte Narbenfalte herüberzog, die durch den ein- und ausströmenden Luftstrom in periodische Schwingungen gerieth. Die auf diese Weise entstandene eigenartige Zungenpfeife wurde durch Vergrösserung der Perforation auf ca. 6 mm und unter gleichzeitiger Zerstörung der Falte beseitigt.

HECHT.

40) **Chevalier Jackson: Septumperforationen; ihr Verschluss durch plastische Operationen. (Septal perforations; their closure by plastic eperations.)** *Pennsylvania Medical Journal. September 1908.*

Die Ränder der Perforation werden angefrischt und ein langer zungenförmiger Lappen wird von der unteren Muschel abgeschnitten, in die Perforationsöffnung hineingelegt und dort angenäht. Es resultirt eine Synechie, die dann beseitigt wird, worauf 5 Tage lang ein Tampon eingelegt wird. Es kann nothwendig werden, an beiden Muscheln zu operiren, um eine Perforation zu schliessen.

EMIL MAYER.

41) **Sam Goldstein. Eine neue Septumzange. (A new nasal septal forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Zange ist sehr stark und beisst Knorpel und Knochen glatt durch; ihre Krümmung ist derart, dass durch die Hand des Operateurs das Gesichtsfeld in der Nase nicht verdeckt wird.

EMIL MAYER.

42) **Thomas J. Harris. Papillom der Nase. (Papilloma of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Ein Unterscheidungsmerkmal zwischen dem wahren Papillom und der papillären Hypertrophie besteht in dem Sitz der Geschwulst. Jenes wird im vor-

deren Theil der Nase gefunden, während diese auf den hinteren Abschnitt begrenzt ist. Es giebt keinen Fall von gleichzeitigem Befallensein beider Nasenhälften. Die Möglichkeit einer malignen Umwandlung wird von mehreren Autoren angegeben. Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

43) **Chavanne** (Lyon). **Papillom der Nasenhöhle. (Papillome des fosses nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille. August 1907.*

Verf. hat 39 Fälle gesammelt, auf Grund deren er eine sorgfältige Studie über diese Affection giebt, die er für weniger selten hält, als man gewöhnlich annimmt.

BRINDEL.

44) **Rueda** (Madrid). **Papillom der Nase. (Papilloma nasal.)** *Archivo de otorino-laringologia. No. 3.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von multiplen Papillomen an den unteren Muscheln, die eine erhebliche Deformation des knöchernen Nasenskeletts herbeigeführt hatten. Es handelte sich beide Male um jugendliche Kranke, deren Skelett noch weich und nachgiebig war. Exstirpation. Heilung.

TAPIA.

45) **K. Ono. Papillema durum der Nasenhöhle.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Bei einem 26jährigen Schüler fand O. eine daumengrosse dunkelrothe, durch Cocain nicht abschwellende höckerige Tumorbildung an der lateralen Wand des unteren Nasengangs. Mikroskopisch constatirte man ein hartes Papillom mit geschichtetem Plattenepithel, Papillen und Bindegewebsstroma.

INO KUBO.

46) **Kelly Brown. Naso-Antralpolyp. (Naso-antral Polypus.)** *Lancet. 9. Januar 1909.*

Bericht über 15 Fälle. In 11 Fällen wurde das Antrum eröffnet und der Zusammenhang zwischen der die Höhle auskleidenden Schleimhaut und der Geschwulst demonstrirt. In 10 Fällen war das Alter der Patienten unter 20 Jahren. Verf. eröffnet die Highmorshöble von der Fossa canina aus, so wie er es beschrieben hat (Lancet, 17. Sept. 1904) unter Localanästhesie und erhält so einen guten Einblick in die Höhle.

ADOLPH BRONNER.

47) **Nieddu Semidei. Nasenpolypen mit lang dauernder Aufhebung der Nasenathmung. (Polipi del naso con abolizione per lungo tempo della respirazione nasale.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. No. V. 1909.*

Verf. hat bei seinen Patienten pneumatometrische Untersuchungen vor und nach der Entfernung der Polypen angestellt. Er konnte eine Zunahme der vitalen Lungencapacität constatiren; ausserdem zeigte sich, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes zugenommen hatte und im Stoffwechsel eine Verbesserung eingetreten war.

FINDER.

48) **J. Imai. Drei Fälle von riesig grossen Nasenpolypen.** *Hiroshima-eiseiiji-geppo. No. 113. 1908.*

Der grösste Polyp war 9 cm lang und 6 cm breit.

INO KUBO.

49) **Bleyl** (Nordhausen). **Ueber die Entstehung der Nasendeformität durch Polypenbildung.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Heft 10. 1908.*

Autor beschreibt einen einschlägigen Fall und kommt — unter eingehender Berücksichtigung der Literatur — zu folgenden Schlüssen: Die hauptsächlichen Momente für die Entstehung der Nasendeformität bei multiplen Polypen sind:

1. Der Druck der Polypen auf die Nasenwände a) in Folge Atrophie der Knochen, b) in Folge Sprengung der knöchernen Suturen.

2. Entzündliche Processe a) des Knochen: chronische Periostitis und Ostitis osteoplastica, b) der Weichtheile: entzündliches Oedem, event. auch fibröse Verdickung des Nasenintegumentes.

HECHT.

50) **G. Trautmann** (München). **Blutende Septumpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 483. 1908.*

Beschreibung dreier Fälle, bei denen es sich 2 Mal um gefässreiches Fibrom, 1 Mal um ein einfaches Granulationswärzchen handelte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **T. Nakamura. Ein Fall von Septumpolypen.** *Koseikwan-iji-Kenkyukwaizasshi. Bd. XV. Heft 2. 1908.*

Eine röthliche, höckerige, bohnengrosse Tumorbildung im rechten Locus Kiesselbachii bei einem 18jährigen Manne. Mikroskopischer Befund: Granulom.

INO KUBO.

52) **Rueda** (Madrid). **Blutender Septumpolyp. (Pólipo hemorrágico del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

Exstirpation mit der kalten Schlinge; Kauterisation der Ansatzstelle, um ein Recidiv zu verhüten.

TAPIA.

53) **Sasedatelew. Zur Frage der Pathogenese blutender Polypen des Nasenseptums. (K wopresu o patogenese krowetetschasch polipew nos. peregorodki.)** *J Eshemes. Bd. p. 371.*

Mittheilung eines Falles, in welchem zunächst ein blutender Polyp entstand und dann im Verlaufe von einigen Monaten näher zum Nasenausgange eine Perforation sich bildete, ohne dass der Polyp galvanokaustisch behandelt worden wäre. Er wurde zunächst abgekniffen und dann mit Ac. chrom. gebeizt.

P. HELLAT.

54) **Herrick S. Vail. Rhabdomyom der Nase. (Rhabdomyoma of the nose.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Verf. berichtet über diesen einzigartigen Fall. Es handelte sich um eine Frau, die über Nasenstenose klagte, und bei der sich in der linken Nase die Muschel in so engem Contact mit dem Septum zeigte, dass es nicht möglich war, einen Wattebausch mit Cocain und Adrenalin einzuführen. Die Stenose begann gerade im Vestibulum nasi und schien völlig auf eine Schwellung der unteren Muschel zurückzuführen. Postrhinoskopische Untersuchung zeigte die linke Choane völlig ausgefüllt mit einer Masse von blassem, grauem Gewebe. Die Geschwulst konnte nur stückweise entfernt werden, da das Gewebe sehr brüchig war; die Fragmente füllten ein Weinglas. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein

Rhabdomyoma sarcomatodes handelte. Einige Monate später trat ein Recidiv ein, das wieder entfernt wurde: als die Geschwulst dann noch einmal recidivirte, wurde eine Operation von aussen gemacht. Der Tumor füllte jetzt das Antrum aus und konnte leicht ausgeschält werden. Pat. überlebte die Operation aber nur kurze Zeit.

Für die Entstehung einer solchen Geschwulst nimmt Verf. an, dass einer der willkürlichen Muskeln der Nachbarschaft, z. B. der Levator labii sup. alaeque nasi oder Depressor anguli nasi, verlagert ist und in der Nasenhöhle ruht, bis er später zu einem sarkomatösen Wachsthum kommt. EMIL MAYER.

55) **Robert C. Myles. Fall von Osteo-Chondrom des Septum mit ausgedehnter Resorption der Lamina cribrosa; Ausbreitung des Tumors in die Schädelhöhle, das Keilbein und die Siebbeinzellen. (A case of Osteo-Chondroma of the septum with extensive absorption of the cribiform plate; tumor extending into the cranial cavity, sphenoidal and ethmoidal cells.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Es wurde nach Unterbindung der einen Carotis externa und Legung einer temporären Ligatur um die andere eine Operation von aussen gemacht. Der Tumor hatte das äussere Ansehen eines Sarkoms; die mikroskopische Untersuchung jedoch ergab, dass es sich um ein Chondrom handelte. EMIL MAYER.

56) **W. Uffenrode** (Göttingen). **Nachtrag zu meinem Aufsatz: „Die Chondrome der Nasenhöhle etc.“.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 637. 1908.*

Verf. kommt kurz auf eine Mittheilung Grünwald's im Centralblatt f. Chir., No. 3, 1906 über einen von ihm operirten Fall von ausgedehnter tuberculöser Veränderung im Naseninnern zurück. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

57) **Sune** (Barcelona). **Ein bemerkenswerther Fall von multilobulärem Nasenfibrom. Exstirpation. Heilung. (Un caso notable de fibroma nasal multilobular. Extirpacion. Curación.)** *Gaceta medica catalana. 31. Juli 1907.*

Enormer Tumor im vorderen Theil des mittleren Nasengangs, der die obere ethmoidale Region der Nasenhöhle und den Sinus freiliess, aber den Nasenrachen und die Apophysis pterygo-palatina ergriffen hatte. Mit der kalten Schlinge und in einigen Sitzungen, die wegen der grossen Blutungen unterbrochen werden mussten, konnte man stückweise den Tumor entfernen, dessen einzelne Theile zusammen den Umfang einer Orange hatten.

Die histologische Untersuchung ergab ein gefässreiches Fibrom mit Tendenz zur sarkomatösen Umwandlung.

Nach einem Jahr ist der Patient ohne Zeichen eines Recidivs. TAPIA.

58) **Mayer. Rhinosklerom in Nord-Amerika.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. 1908.*

M. giebt einen kurzen Ueberblick über die in Nordamerika bekannt gewordenen Fälle von Rhinosklerom. Im Ganzen sind es 16 Fälle, 13 weiblichen und 3 männlichen Geschlechts. Alle diese Patienten stammten aus Polen und

hatten die Krankheit bereits vor ihrer Einwanderung nach den Vereinigten Staaten. Es ist somit bis heute kein Fall von Rhinosklerom bekannt, der in den Vereinigten Staaten selbst entstanden ist.

OPPIKOFER.

59) **A. v. Irsay** (Budapest). **Fälle von Rhino-Laryngesklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1909.*

Im ersten Falle sind Verhärtung des Naseneinganges, Krustenbildung in der Nase, Schrumpfung des Velum, Rachennarben und Choanalstenose sichtbar; im zweiten Falle ist ausser den oben erwähnten Symptomen Stenose des Kehlkopfes vorhanden. Histologische und bakteriologische Prüfung ergab in beiden Fällen ein positives Resultat. Im zweiten Falle fiel der Complement-Fixationsversuch (Goldzieher-Neuber) positiv aus.

v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **B. v. Gámán** (Kolozsvár, Ungarn). **Fall von Sklerom.**

Den Referenten nicht zugänglich.

v. NAVRATIL-POLYAK.

61) **L. Simkó** (Budapest). **Tuberculöse Geschwulst der Nase.** *Orvosi Hetilap, No. 21. 1909.*

Die Nasengänge sind mit einer rosafarbigen, höckerigen, knorpelharten (? Ref.) Geschwulst, welche aus der Scheidewand hervorgeht und bis zu den Choanen reicht, angefüllt. Die Probeexcison zeigt das Bild der Tuberculose. Patient ist noch nicht operirt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

62) **Castex** (Paris). **Maligne Tumoren der Nasenhöhle. (Tumeurs malignes des fosses nasales.)** *Association française de Chirurgie. 5. bis 10. October 1908.*

Unter 15 Fällen des Verf. waren 2 Myxosarkome, 9 Sarkome, 4 Epitheliome. Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den inficirten Myxomen, der tertiären Syphilis, Sinusitis caseosa mit schwammigen Granulationen, Rhinolithen etc.

Verf. widerräth das partielle Morcellement, durch das das Wachsthum der Geschwulst angeregt wird und empfiehlt die breite Eröffnung mit partieller oder totaler Resection des Oberkiefers nach dem normalen Verfahren.

GONTIER de la ROCHE.

63) **A. Denker** (Erlangen). **Die operative Behandlung maligner Tumoren der Nase. (The operative treatment of malignant tumors of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. beschreibt seine Operationsmethode, wie er sie bereits im Archiv für Laryngologie Vol. XVII. 1905 dargestellt hat. Als Vortheile der Methode werden folgende hervorgehoben:

Sie erlaubt eine völlige Freilegung des Tumors und damit seine gründliche Entfernung. Es ist kein äusserer Hautschnitt nöthig, daher ist das kosmetische Resultat ein ideales. Es wird vermieden, dass grosse Blutmengen nach unten fliessen; dieser Umstand giebt der Methode den Vorzug vor den Operationen nach Chalot, Partsch und Kocher. Die Mortalität der Operation ist sehr gering. Die Nachbehandlung ist ausserordentlich einfach, gewöhnlich kann der Patient 10—14 Tage nach der Operation aus der Behandlung entlassen werden.

EMIL MAYER.

64) **Manasse** (Strassburg). **Zur pathologischen Anatomie und Klinik der malignen Nebenhöhlengeschwülste.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 517. 1909.*

Im ganzen 6 Fälle. Die Kieferhöhle war — zum Theil mit anderen Nebenhöhlen oder der Nasenhöhle — in 5 Fällen getroffen. Dreimal handelte es sich um Carcinom, zweimal um Endotheliom (einmal mit Tuberculose combinirt) und einmal um eine Combination von Cholesteatom und Sarkom (in Siebbein und Stirnhöhle). Die Fälle kamen in bereits vorgerücktem Stadium zur Operation (einmal Durchbruch durch die Gaumenplatte, einmal bereits grosse Phlegmone der Weichtheile am Oberkiefer, äusseren Orbitalwand und Unterkiefer, zweimal Durchbruch in die Orbita, einmal Durchbruch in die Schädelhöhle). Genaue mikroskopische Befunde mit Beigabe von 6 mikroskopischen Bildern.

Die Fälle 1 und 2 (Kieferhöhlencarcinome) waren kurze Zeit nach der Operation noch recidivfrei, und Fall 6 (Sarkom in Siebbein und Stirnhöhle) blieb zwei Jahre nach der Operation geheilt. Bei den übrigen 3 Fällen war das Operationsresultat bei der grossen Ausdehnung der Geschwülste ungünstig. OPPIKOFER.

65) **Kassel** (Posen). **Zur Geschichte des Carcinoms der Nase.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 655. 1909.*

K. weist darauf hin, wie im Alterthum und im Mittelalter die Anschauungen über das Wesen und die Entstehung der Nasencarcinome auseinandergingen und wie ganz verschiedenartige Krankheiten oft miteinander verwechselt wurden. Verschiedenartig und zahlreich waren dementsprechend die therapeutischen Vorschläge; nur erwähnen möchten wir, dass ein Theil der alten Aerzte vor jeder energischen Behandlung des Nasencarcinoms warnte, andere dagegen bereits Messer und Glüheisen empfahlen. OPPIKOFER.

66) **T. Nakamura. Ueber die Arten und Entstehungsweise des primären Carcinoms der Nasenhöhle und des Oberkiefers.** *„Gan" (Carcinom). 2. Jahrg. Heft 1. 1908.*

Unter 6 Fällen von Carcinoma nasi und maxillae fand N. fünfmal Plattenepithelcarcinom und einmal Cylinderepithelcarcinom. Was die Localität anbetrifft, so fand er das Carcinom zweimal aus dem Nasenseptum und die übrigen Fälle vermuthlich aus der Kieferhöhle hervorgegangen. Als ätiologisches Moment betrachtet N. eine vorausgehende Entzündung oder Eiterung der Kieferhöhle, da sie meist die Carcinome begleitet. N. glaubt an die Möglichkeit der Umwandlung der Cylinderepithelzellen zu Plattenepithelzellen. wie sie auch in der Nasenhöhle stattfindet. INO KUBO.

67) **H. Aufmwasser. Ein Fall von intranasalem Sarkom. (A case of intranasal sarcoma.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen des guten therapeutischen Resultates, das die Anwendung der Roentgenstrahlen gab. Es trat kein Recidiv ein. Der letzte Bericht über den Patienten stammte aus dem November 1908. EMIL MAYER.

68) **Chaput** (Paris). **Vollständige Resection des Siebbeins wegen eines malignen Tumors der Nebenhöhlen mit Compression der Nervi optici. Heilung mit Wiederkehr des Sehvermögens. (Résection complète de l'ethmoide pour une tumeur maligne des fosses nasales avec compression des nerfs optiques. Guérison avec retour de la vue.)** *Société de Chirurgie. Bulletin. 17. November 1908.*

Das Siebbein wurde so vollständig resecirt, dass die Dura in weitem Umfange prolabirte. Am 10. Tage traten einige epileptische Anfälle auf, die aber bald verschwanden.

Verf. hat im Gegensatz zu dem gwöhnlich geübten Verfahren die Methode geübt, dass er die Nase nach oben geschlagen hat. GONTIER DE LA ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

69) **William J. Lederer. Die Pflege des Mundes während der Kindheit. (The care of the mouth during infancy and childhood.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Die Aufgaben der Mundpflege bestehen darin, die Sepsis der Mundhöhle so weit wie möglich zu reduciren, die Mundhöhle alkalisch zu machen, Zahncaries zu beseitigen, entzündliche Zustände herabzumildern, Zahnextractionen möglichst zu verhindern und für einen gesunden Stoffwechsel zu sorgen. LEFFERTS.

70) **Piasecki. Untersuchungen über einige neuere Methoden der Desinfection der Mundhöhle. (Badania nad niektórymi nowszymi sposobami odkażania jamy ustnej.)** *Tygodnik Lekarski. No. 10—12. 1909.*

Formamint wirkt in vitro bei starken Lösungen (1 Pastille auf 1—5 ccm Speichel) bacterientödtend auf die Flora des Speichels des gesunden Menschen. Bei den Lösungen jedoch, die man gewöhnlich beim Kauen einer Pastille braucht, ist die Wirkung sehr schwach. Die Beobachtungen am Menschen haben ergeben, dass nach einer grösseren Dose (2 Pastillen) eine schnell verschwindende bacterientödtende Wirkung eintritt. Später jedoch vergrössert sich die Mikrobenanzahl in der Mundhöhle. Bei kleinen doch öfter wiederholten Dosen (1 Pastille halbstündlich) tritt eine Verminderung der Bacterienzahl ein, doch in Anbetracht der hohen absoluten Zahl der Bacterien im Speichel ist schwerlich den betreffenden Mitteln irgend eine practische Bedeutung zuzuschreiben.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Lincke. Welche Anforderungen sind von fachmännischer Seite an Zahnpflegemittel zu stellen?** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. II. 1909.*

Empfehlung des Perhydrolmundwassers, des Perhydrol-Zahnpulvers und der Perhydrol-Zahnpaste. SEIFERT.

72) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ein schmerzstillendes Mundwasser.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 33. 1909.*

A. empfiehlt das von Ritsert in Frankfurt hergestellte, Anaesthesin enthaltende Subcutinmundwasser. OPPIKOFER.

73) **Heinrich Kropf** (Wien). **Erfahrungen über Formamint als Mundhöhlendesinficiens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Die Formaminttabletten, wurden an der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien als Mundantisepticum bei antiluetischer Allgemeinbehandlung mit bestem Erfolge angewendet. Keine unerwünschte Nebenwirkung. HANSZEL.

74) **Boss** (Strassburg). **Ueber die Mundpflege bei Quecksilbercuren, mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste.** *Medic. Klinik. 10. 1909.*

Die unter dem Namen Givasanzahnpaste im Handel erscheinende Zahnpaste dient als Grundlage des Hexamethylentetramin, aus welchem bei Zusammentreffen mit dem alkalisch reagirenden Mundspeichel Formaldehyd frei wird. SEIFERT.

75) **Piasecki. Untersuchungen über die desinficirende Wirkung der Pyocyanase auf die Mundschleimhaut. (Badanie nad niektóremi nowszymi sposobkami odkazamia jamy ustnej [Pyocyanase].)** *Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 12. 1909.*

Verf. hat bei einer Reihe von 10 gesunden Individuen genaue bacteriologische Untersuchungen vorgenommen, in wie weit die Pyocyanase vermittelst des Sprays auf die Mundrachen-Schleimhaut angewandt, zur Verhinderung resp. Beschränkung des Wachsthums bacteriologischer Flora der Mundrachen-Schleimhaut beiträgt. Leider fielen die Untersuchungen des Verfassers ziemlich negativ aus, sogar stärkere Lösungen verursachten nach einmaliger Sprayanwendung und vorübergehender Beschränkung des Wachsthums nur noch ein üppigeres Wachsthum der Bacterien. Nur schwache Lösungen und wiederholte Sprays begrenzen einigermaassen das Wachsthum und stellen deshalb eine in gewissem Sinne bactericide Wirkung dar. A. v. SOKOLOWSKI.

76) **Simon. Ueber Anwendung der Pyocyanase bei den infectiösen Rachenkrankheiten. (Ostosowanin pypcyanazy w zakaznych cierpieniach gardzieli.)** *Medycyna. No. 7. 1909.*

Pyocyanin, das ganz bedeutende bacterientödtende Eigenschaften besitzt, wurde vom Verf. in Form von Emerich'scher Pyocyanase mittelst Zerstäubung bei Angina follicularis und verschiedenen anderen Tonsillitiden methodisch angewendet und zwar mit günstigem Erfolge, besonders in der Kinderpraxis. Am zweckentsprechendsten wird das Mittel mit Hülfe des Ligner'schen Sprayapparates angewendet. A. v. SOKOLOWSKI.

77) **v. Barabás** (Budapest). **Ueber acute mercurielle Stomatitis.** *Orvosi Lapja. No. 23. 1909.*

Specifisches Mittel gegen diese Krankheit ist das Wasserstoffsuperoxyd.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **L. Nielsen** (Kopenhagen). **Papulo-erosive Syphilis der Mundhöhle und des Rachens mit Nachweis der Spirochaete pallida ca. 9 Jahre nach Infection. (Papulo-erosive Syfilider i Mund og Sorely med Paarising aj Spirochaete pallida c. 9 Aar efter infectionen.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 3. 1909.*

Das Vorkommen der Papeln auf denselben Stellen wie vorher. Der $8^1/_2$ jähr-

Verlauf lässt vermuthen, dass Spirochaete pallida sich während der vergangenen Jahre im latenten Zustande befunden hat. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

79) **Mollow** (Sofia). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirung.** *Med. Klinik. 10. 1909.*

Die Mundschleimhautpigmentirung ist keine pathognomonische Erscheinung für Morbus Addisonii, sie kann unter normalen Verhältnissen bei den Zigeunern und zwar von der Pubertät an ziemlich ausgebreitet an der gesammten Mundschleimhaut auftreten. Bei der einheimischen Bevölkerung Bulgariens beobachtet man unter normalen Verhältnissen Pigmentflecke an den Lippen und am Zahnfleisch, aber nie in den tieferen Theilen der Mundschleimhaut. Ausserdem findet man Pigmentirungen der Mundschleimhaut bei Malaria und bei Pellagra.

SEIFERT.

80) **Katz** (Berlin-Wilmersdorf). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirungen. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Mollow in No. 10 d. Wochenschrift.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Die betreffende Pigmentirung sah K. öfters bei Schwarzen der Capcolonie; es sind physiologische Schleimhautpigmentirungen. SEIFERT.

81) **Scheuer** (Wien). **Ueber einen Fall gonorrhoischer Infection der Mundhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 20. 1909.*

Coitus per linguam bei einer Puella publica, schon am nächsten Tage Brennen und Schmerz an der Zungenspitze. Gonokokken konnten culturell nicht nachgewiesen werden, da erst nach erfolgter Behandlung daraufhin untersucht wurde. Doch macht das typische mikroskopische Bild des Secrets zu Beginn der Erkrankung, sowie die Entstehungsweise und ihr klinisches Aussehen (Zunge geröthet, geschwollen, hellerstückgrosse Excoriationen, festhaftender grauweisser Belag, am harten Gaumen ein flaches, mit zähem Secret belegtes Geschwür), die Diagnose Stomatitis gonorrhoica höchst wahrscheinlich. HANSZEL.

82) **Marschik** (Wien). **Vaccine der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 22. 1908.*

Die Schleimhautaffection ähnelt im Bilde und Verlauf ganz der der äusseren Haut. HANSZEL.

83) **C. von Vidakovich** (Budapest). **Fall von chronischer Wismuthvergiftung, entstanden infolge von Wismuthinjectionen.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1908.*

Die Wismuthinjectionen wurden nach Beck's Vorschlage zur Heilung von Pyothorax angewendet, im Ganzen wurden 30 g Pulver verbraucht. Ungefähr 5 Tage nach der zweiten Injection erfolgte eine Blaseneruption auf der Zunge, mit nachfolgender Geschwürsbildung, diffuser nekrotischer Stomatitis und Foetor ex ore.

v. NAVRATIL-POLYAK.

84) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Die Behandlung der acuten Entzündung der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc Heft 5. 1909.*

Nach Halász gelingt es, die acuten Pharyngitiden ebenso wie die acuten

Tonsillitiden durch tägliche Jodglycerin-Pinselungen zu coupiren, ohne irgend eine weitere Medication oder eine Unterbrechung der Berufsthätigkeit. Bei vorhandenem „Tonsillarabscess“ wird ein „mit der Biegung des Arcus palatoglossus parallel“ verlaufender Einschnitt vorgenommen und dann gleichfalls mit Jodglycerin gepinselt.

HECHT.

85) **Notiz des Herausgebers. Acute Halsentzündungen. (Acute inflammations of the throat.)** *Journal American Medical Association. 21. November 1908.*

Jede acute primäre Halsinfection soll mit einer warmen, einfachen antiseptischen Gurgelung mit nachfolgender warmer, physiologisch-salziger oder mild-alkalischer Ausspülung behandelt werden; dies soll in Intervallen von $1^1/_2$—3 Std. wiederholt werden. Das beste antiseptische Mundwasser ist verdünnte Wasserstoffsuperoxyd-Lösung, die man herstellt, indem man die officinelle Aqua hydrogenii peroxydati mit 4—5 Theilen Wasser verdünnt. Auf das Gurgeln mit dieser Lösung soll 1—2 Minuten später die Anwendung der physiologischen ($^1/_2$ Theelöffel auf 1 Glas Wasser) Kochsalzlösung folgen; dann $1^1/_2$ Stunden darauf Gurgeln mit 2proc. Borsäurelösung, so dass also alle $1^1/_2$ Stunden abwechselnd mit Wasserstoffsuperoxyd-Lösung — mit nachfolgender Reinigung durch physiologische Kochsalzlösung — und mit Borsäurelösung gegurgelt wird. Dies soll die beste Abortivbehandlung acuter Halsentzündungen sein.

EMIL MAYER.

86) **J. Hollick. Streptokokkeninfection (Sepsis) des Halses. (Streptococcal [septic] throats.)** *Lancet. 19. December 1908.*

Mittheilungen über zwei Epidemien in einem Asyl und einer Privatschule.

ADOLPH BRONNER.

87) **Hermann Marschik** (Wien). **Pharyngitis haemorrhagica septica.** *Mit 5 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol Heft 1. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines durch Streptokokkeninfection bedingten, foudroyant verlaufenden Falles, des Sectionsberichtes sowie der pathologisch-histologischen Befunde der erkrankten Gebiete.

HECHT.

88) **Starkiewicz. Beitrag zur Mischinfection einiger Formen der Rachenentzündungen. (Przyczynek da sakaien micsza nych gardzieli.)** *Nowiny Lekarskie. No. 4—5. 1909.*

Verf. beobachtete eine eigenthümliche Form von Anginen bei kleinen Kindern (2—5 Jahre), welche epidemisch auftrat und anscheinend klinische Merkmale gewöhnlicher Rachendiphtherie zeigte, während die bacteriologische Untersuchung des Racheninhaltes und genau durchgeführte Züchtungen eine Symbiose von Diphtheriebacillen und Bac. prodigiosus darstellten. In einem Falle wurden sogar keine Diphtheriebacillen gefunden. Die meisten Fälle verliefen günstig und zeichneten sich klinisch dadurch aus, dass neben Belägen auf den Mandeln noch auf der Schleimhaut des Rachens rothe Flächen verschiedener Grösse auftraten, welche sogar in einigen Fällen Anlass zu Blutungen gaben.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Sir Felix Semon. Bemerkungen zu einem Fall von Pneumokokkeninvasion des Pharynx mit nachfolgender Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Remarks on a case of Pneumococcus Invasion of the throat upon which laryngeal and pulmonary Tuberculosis supervened.)** *British Medical Journal. London, 26. Juni 1909.*

Dieser Bericht schliesst sich an die Arbeit an, die Verf. über Pneumokokkeninvasion des Rachens im December 1908 im Medical Magazine veröffentlicht hatte.

Im vorliegenden Aufsatz handelt es sich um den Fall eines bekannten Arztes, eines 45jährigen Mannes. Dieser Fall unterscheidet sich von den in der früheren Arbeit mitgetheilten 2 Fällen durch das Hinzutreten von Tuberculose und den tödtlichen Ausgang. Im September 1908 klagte Pat. über Halsbeschwerden. Dr. McBride in Edinburg constatirte nur eine Schwellung der Zungentonsille; diese Schwellung konnte auch Verf. im Oktober, als er den Patienten zum ersten Mal sah, constatiren. Am 5. November sah man ein oberflächliches, unregelmässiges, kleines Geschwür gerade gegenüber dem dritten linken Molaris. Dieses verschwand, kehrte aber bald wieder, und gleichzeitig konnte man auch erhebliche Schwellung der Cervicaldrüsen constatiren. Verf. stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pneumokokkeninfection. Am 15. December war das Pharynxgeschwür fast verschwunden, jedoch war die Schleimhaut über beiden Aryknorpeln geschwollen; diese Schwellung hatte sich am 21. December auf die Epiglottis ausgebreitet und hatte fast das für Kehlkopftuberculose typische Aussehen. Die Behandlung bestand im Umlegen einer Leiter'schen Cravatte mit Eiswasser, Eisschlucken und Ernährung mit kalten Speisen. Das Geschwür im Pharynx war wieder erschienen. Pat. bekam jetzt eine Temperatursteigerung bis 28,5°. Dieser Zustand hielt unter Schwankungen einige Tage an, jedoch das Kehlkopfödem verschwand, und es wurde nun, obwohl nach der Anamnese kein Verdacht auf Syphilis vorlag, Jodkali gegeben, das aber keinen Effect hatte. Inzwischen war ein Pneumokokkenserum präparirt worden, von dem eine Injection am 2. Jan. 1909 gemacht wurde. Die weissliche Infiltration im Pharynx schien besser zu werden, jedoch nach 1—2 Tagen klagte Pat. über grössere Halsschmerzen als zuvor. Es fand sich ein neues Ulcus auf der hinteren Pharynxwand; dabei bestanden Schluckbeschwerden. Ueber der rechten Lungenspitze fand man jetzt eine kleine Dämpfung. Die Untersuchung des Sputums ergab das Vorhandensein reichlicher Mengen von Tuberkelbacillen und Pneumokokken. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass, während die vom Pharynx angefertigten Präparate nur von Pneumokokken wimmelten, Abstriche von dem jetzt ulcerirten Aryknorpel sowohl Pneumokokken wie Tuberkelbacillen ergaben. Trotz eines Sanatoriumaufenthalts und der sorgfältigsten allgemeinen und localen Behandlung verlief die Erkrankung rapid, und Pat. starb im April. Eine Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Verf. erörtert in der Epikrise dieses sehr interessanten Falles die Frage welchen Antheil der Pneumococcus und der Tuberkelbacillus an der Kehlkopferkrankung hatte. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Rachengeschwüre von Anfang bis zu Ende allein durch den Pneumococcus bedingt waren. Die Lungenaffection, obwohl sie zuerst den Eindruck einer gewöhnlichen Tuberculose machte, bot in den späteren Stadien dieselben Schwierigkeiten der Erklärung, und es kann

nicht entschieden werden, welchen Antheil jeder der beiden Mikroorganismen an ihr hatte. Gegen den Schluss schien eine Schluckpneumonie oder eine Steigerung in der Virulenz der Pneumokokken hinzuzutreten.

Das einzige Mittel, das einen symptomatischen Effect hatte, waren Anästhesininsufflationen.

Verf. drückt die Hoffnung aus, dass weitere Forschungen mehr Licht in unsere Kenntniss der Pneumokokkeninfection bringen werden, die seiner Ansicht nach nicht so selten sein kann. FINDER.

90) **Bennecke** (Jena). **Ueber Pharyngitis ceratosa punctata.** *Medic. Klinik. 1. 1909.*

Bericht über die einschlägigen Arbeiten von Wyssokowicz und Januskiewicz. SEIFERT.

91) **Heydenreich** (Emden). **Eine Dermoidcyste am Mundboden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 535. 1908.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 20jährigen Mädchens, das an einer hühnereigrossen Dermoidcyste des Mundbodens litt. — Die Cyste wurde in Narkose ausgeschält. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Eduard Kellner** (Wien). **Beitrag zur Histologie der gutartigen Geschwülste des Rachens und Nasenrachenraumes: a) Fibrolipom der Rosenmüller'schen Grube, b) Drüsenpolyp des weichen Gaumens.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 2. 1909.*

Bericht über den klinischen und histologischen Befund beider Fälle.

HECHT.

93) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Papillom der Uvula.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem ein an einem 3—4 mm breiten Stiele sitzendes, etwas über 1 cm langes, haselnussgrosses Papillom der Uvula einen chronischen Reizzustand des Rachens und des Kehlkopfes hervorgerufen hatte. Nach Abtragung des Papilloms schwand die Heiserkeit spontan. Da mehreren Untersuchern die Anomalie der Uvula entgangen war, weist H. darauf hin, dass man „bei der Rachenbesichtigung die Zunge immer mit dem auf die Zungenwurzel gelegten Spatel herabdrücken müsse.“ HECHT.

94) **Guinard** (Paris). **Grosses Angiom der Wange und der Lippe erfolgreich behandelt mit Ligatur beider Carotis interna und externa und mit tiefer Ignipunctur. (Volumineux angiome de la joue et de la lèvre traité avec succès par la ligature des deux carotides interne et externe et par l'ignipuncture profonde.)** *Société de Chirurgie. Bulletin vom 9. Juli 1908.*

Titel enthält den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

95) **A. Onodi** (Budapest). **Angioma uvulae.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Das Angiom war haselnussgross. v. NAVRATIL-POLYAK.

96) **Dominici, Faure-Beaulieu** (Paris). **Rückgang eines Sarkoms des Zahnfleisches unter dem Einfluss der Ultra-Bestrahlung mit Radium. (Regression d'un sarcome de la gencive sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium.)** *Presse médicale. 30. Januar 1909.*

Die Radiumbestrahlung (es handelte sich um filtrirte sogenannte Dominici'sche ultrapenetrirende Strahlen) wirkt auf manche Tumoren nicht nur durch eine Auflösung ihrer Bestandtheile, sondern auch dadurch, dass die Zellentwicklung verhindert wird. Die detaillirte von den Verff. gegebene Beobachtung (klinische und anatomisch-pathologische Bilder) ist frappant. Man kann klinisch und histologisch die Umwandlung des Sarkoms in ein Fibrom verfolgen, das sich seinerseits dann zurückbildet. GONTIER de la ROCHE.

97) **Jacques** (Nancy). **Die vereinfachte Exstirpation der Epitheliome des Isthmus pharyngis. (L'exstirpation simplifiée de l'épithéliema de l'isthme pharyngien.)** *La Revue médicale. 22. Mai 1909.*

Verf. hält die Entfernung eines Carcinoms des Gaumensegels und des Phayex zwar für etwas schwieriger, aber nicht gefährlicher als die Abtragung einer einfachen Tonsille. Er berichtet über vier Fälle, die von anderen als inoperabel bezeichnet wurden und in denen er brillante Resultate erzielt hat.

GONTIER de la ROCHE.

98) **James F. Mc. Caw. Ein weiterer Bericht über einen Fall von Epitheliom der Uvula, vor 5 Jahren operirt, ohne Recidiv. (A second report on a case of epithelioma of the uvula operated five years ago without recurrence.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

99) **F. T. Paul** (Liverpool). **Drei Jahre lange Erfahrungen mit Butlin's Operation bei Carcinom der Mundhöhle. (Three years experience of Butlin's operation for cancer of the mouth.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1909.*

Die Drüsentumoren am äusseren Hals werden 14 Tage nach der Operation gründlich entfernt. Ist die primäre Erkrankung in der Mittellinie, so sollen die Drüsen auf beiden Seiten entfernt werden. A. LOGAN TURNER.

100) **v. Rydygier jun.** (Lemberg). **Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Schnitt vom Proc. mastoideus bis zum Sternum, Freipräpariren der grossen Gefässe von unten nach oben. Keine Tracheotomie nöthig und keine Durchsägung von Knochen. HANSZEL.

d. Diphtherie und Croup.

101) **Thune Jacobson** (Dänemark). **Ueber eine Diphtherieepidemie in dem Krankenhause für Geisteskranke in Middelfart. (Om en Difteriepidemi paa Middelfart Sindssygeanstalt.)** *Hospitalstidende. No. 9. 1909.*

Bei 818 Personen wurden präventive Einspritzungen von Antidiphtherieserum

versucht. 18 bekamen später Diphtherie. J. schliesst aus seinem Materiale, dass präventive Serumeinspritzungen auf die Ausbreitung einer Diphtherieepidemie sehr lähmend wirkt und den Verlauf der Krankheit mildert. Als nothwendiges Glied einer wirksamen Bekämpfung der Diphtherieepidemie hält J. die Isolirung der angegriffenen Individuen bis zur Bacillenfreiheit. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

102) **Schönholzer** (Zürich). **Diphtherie und Heilserum. Beobachtungen aus der Diphtheriestation der chirurgischen Klinik in Zürich.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 8. 1909.*

Eine sehr objective Besprechung von 1000 Fällen der Jahre 1902—1908 bezüglich des Werthes der Serumbehandlung. Aus der Gesammtübersicht der Zahlen ergiebt sich, dass die Sterblichkeit bei Operirten und Nichtoperirten seit der Zeit der Serumbehandlung ca. auf ein Drittel derjenigen der Vorzeit gesunken ist.

Verf. hebt aber hervor, dass die Zahlen in dem Bewusstsein abzuschätzen sind, dass durch die bacteriologische Untersuchung viele leichte Fälle zur Diphtherie rubricirt wurden, welche früher d. h. klinisch nicht als Diphtherie angesehen worden wären.

Er hebt auch hervor, dass die Serumbehandlung die Tracheotomie durchaus nicht ausser Curs gebracht habe. Die Intubation verwirft er als viel angreifender im Vergleich zur Tracheotomie. Oft musste letztere noch secundär nach der Intubation ausgeführt werden. JONQUIÈRE.

103) **Brüstlein** (Bern). **Ueber die Beziehungen des nach der Ehrlich'schen Methode bestimmten Antitoxingehaltes des Diphtherieserums zu dessen Heilwerth.** *Arbeit aus dem Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten in Bern. Heft 8. Januar 1909.*

Da Bacteriengifte alter Bouillon-Diphtherieculturen ausserordentlich veränderlich sind, so hatte die Controle der Sera zur Folge, dass ganz minderwerthige Sera in den Handel kamen. Deshalb verliess Ehrlich das Gift als Träger der Maasseinheit und setzte das Antitoxin an dessen Stelle, welches nach seiner Methode constant erhalten wird. Dadurch wird es ermöglicht, genau dosirte hochwerthige Sera zu liefern. Sorgfältig ausgeführte Controlversuche mit den nach Ehrlich verschieden dosirten Sera ergaben mit Evidenz die höhere Heilwirkung hochwerthiger Sera. An dieser Werthbestimmungsmethode Ehrlich's sollte daher festgehalten werden. Die entsprechenden Proceduren müssen im Original studirt werden. JONQUIÈRE.

104) **C. T. Mc. Clintock** und **Walter E. Knig. Die orale Anwendung von Antitoxinen. (The oral administration of antitoxins.)** *The Journal of infectious diseases. 18. Februar 1909.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Toxine und Antitoxine werden, per os gegeben, gewöhnlich durch die Verdauungsprocesse unwirksam gemacht. Ihr therapeutischer und immunisirender Werth ist unsicher.

2. Wird die Digestion aufgehalten, so können Toxine und Antitoxine unverändert und anscheinend in genügender Menge resorbirt werden und so gleichmässig,

dass die Methode für therapeutische und immunisirende Zwecke verwendet werden kann.

3. Bei der oralen Antitoxinanwendung bei Kindern hat sich folgendes Verfahren bewährt: Eine halbe Stunde vorher wird dem Kinde ein Glas einer 1 %igen Natr. bicarbonicum-Lösung gegeben. Wenn das Serum gereicht wird, so werden dazu ein paar Tropfen Extr. opii fluidum hinzugesetzt und 4—10 Tropfen einer gesättigten Lösung von Salol in Chloroform. Wenn möglich, soll mindestens vier Stunden vor Darreichung des Serums dem Kinde Nahrung gegeben werden.

Verf. rühmt die Ungefährlichkeit und Leichtigkeit in der Anwendung bei dieser Methode.

EMIL MAYER.

105) **L. Jacob** (Strassburg). **Ein Fall von croupöser Larynge-Tracheitis ohne Löffler'sche Bacillen.** *Mit 1 Curve. Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles und epikritische Erörterungen.

HECHT.

106) **A. Vajna** (Budapest). **Beiträge zur Intubation bei Croup der Säuglinge.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 15. 1909. Beilage.*

Publication der Statistik des Brody-Kinderhospitals. Es wurde 56,7 pCt. Heilung erzielt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

107) **Anfrans** (Barcelona). **Diphtherie des Kehlkopfs; Extraction der Tube nach dem Marfan'schen Verfahren. (Difteria de la laringe; extraccion del tubo por el procediamento de Marfan.)** *La Medicina de los ninos. April 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die den Resonanten zukommende Nasalirung.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

Die Nasalirung ist in dieser Arbeit rein articulatorisch aufgefasst, fällt mit der nasalen Resonanz nicht zusammen, und bedeutet nur das Entweichen der Ausathmungsluft durch die Nase. Die Gaumensegelbewegung lässt sich nach drei experimentellen Methoden verfolgen:

1. Methode Weeks-Eykman (Sonde durch die Nase).
2. Methode Rosapelli-Rousselot (Lufttransport).
3. Chromophotographisch.

Die erste Methode belehrt uns über die Kraft und Ausgiebigkeit der Muskelbewegung; die zweite über die Druckschwankungen; die dritte über die Menge der ausströmenden Luft. Bei der dritten Methode des Verf.'s sind Hülfsmittel: 1. ein Aerodromometer (Archiv f. Physiol. 1902, Suppl. S. 399); 2. ein photographisches Chassis, in welchem eine empfindliche Platte an einem feinen Spalt vorbeigeführt wird. Das Aerodromometer befindet sich unmittelbar vor der Spalte; ein scharfer Schatten der Windfahne wird auf die Platte geworfen. Die eine Nasenöffnung der Versuchsperson wird vom Ansatz des Aerodromometers vollständig ausgefüllt. Während des Aussprechens eines Wortes wird auf der Platte eine Curve aufge-

zeichnet. Aus den in Millimetern zu messenden Ausschlägen der Curve lässt sich die ausgeströmte Luftmenge berechnen (vergl. ten Have, Onderzoek. Physiol. Lab. Utrecht, V. R., Bd. 7). Zwischen der Menge, bezw. Geschwindigkeit der ausgeströmten Luft und der Tragkraft der Stimme besteht gar keine Beziehung.

H. BURGER.

109) **Rapport des Comité für den 1908 in Haarlem abgehaltenen Cursus in Sprachunterricht. (Verslag der Commissie van Toezicht op den in 1908 te Haarlem gehenden cursus in spreekkenderwijs.)** *Nederl. Staatscourant. 16. December 1908.*

Die 1907 und 1908 abgehaltenen Sprachcurse bilden den ersten Schritt auf dem Wege zum systematischen Sprachunterricht in den staatlichen Bildungsanstalten für Lehrer. Theilnehmer an den Cursen waren die Lehrer im Leseunterricht an diesen Anstalten. Die Curse wurden von zwei speciellen Sprachlehrern abgehalten, unter Führung eines Comités, das aus zwei Unterrichtsmännern, einem Taubstummenanstaltsdirector und zwei Laryngologen (Kan und Burger) bestand. Das Comité betrachtete die Resultate des dreiwöchigen Feriencurses als sehr zufriedenstellende. Vor Allem wurde die Aufmerksamkeit der Theilnehmer auf ihre eigenen Sprachfehler hingelenkt und die Mittel zur Besserung angegeben. Dann wurde ihr Begriff der Sprechmechanik bedeutend erweitert, auch dadurch, dass von einem Hals- uud Spracharzt (Mulder) die Grundzüge der Anatomie und Physiologie des Sprech- und Athemapparates in Vorlesungen mit Demonstrationen vorgeführt wurden.

Die Conclusion des Rapportes geht dahin, dass an sämmtlichen Staatsbildungsanstalten für Lehrer und Lehrerinnen die Technik des Sprechens als obligatorisches Lehrfach aufgenommen werden soll. Vorläufig soll an einer dieser Anstalten einen Curs zur Ausbildung der für diesen Unterricht nöthigen Lehrkräfte eingerichtet werden.

H. BURGER.

110) **J. Plesch** (Berlin). **Beitrag zur Behandlung der functionellen Stimmstörung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 767. 1909.*

Da bei plötzlicher forcirter Exspiration die Stimmbänder sich schliessen, so empfiehlt P. bei hysterischer Aphonie folgende Methode: der Arzt stellt sich hinter den Patienten, umarmt den Brustkorb und comprimirt plötzlich den Thorax bei jeder Silbe, die der Patient ausspricht. Selbstverständlich darf der Patient nicht durch Anspannung der Thoraxmuskulatur die Compression verhindern.

Bei einem grossen Theile der hysterischen Aphonien ist der Kopf beim Flüstern nach vorn geneigt; die Muskulatur zwischen Kinn- und Zungenbein und Zungenbein und Kehlkopf ist stark contrahirt. Um diese abnorme Contraction aufzuheben, empfiehlt P. folgenden Handgriff: der Arzt steht dem sitzenden Patienten gegenüber und faltet seine Hände über den Nacken so, dass die Daumen an das Kinn gelegt werden; durch Druck der Daumen nach oben wird der Kopf des Patienten nach hinten geschlagen und so fixirt (Abbildung des Handgriffs). Gleichzeitig kann die von Oliver angegebene leichte seitliche Compression ausgeübt und damit die Näherung der Stimmbänder unterstützt werden. Bei starkem Zurückschlagen des Kopfes gelingt die Phonation viel leichter.

OPPIKOFER.

111) **Seifert** (Würzburg). **Beiträge zur Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 759. 1909.*

S. empfiehlt bei hysterischer Aphonie die Stimmübungen so vorzunehmen, dass Patient den Kopf möglichst stark nach rückwärts neigt. Bei weit über die Stuhllehne nach hinten geneigtem Kopf ist es auch normalerweise schwierig die Flüsterstimme beizubehalten. OPPIKOFER.

112) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Stimmstörungen nach Alkohol- und Tabakgenuss.** *Orvosi lapja. No. 16. 1909.*

Verf. bespricht die Getränke und Tabaksorten, welche der Singstimme schädlich sind. v. NAVRATIL-POLYAK.

113) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Durch Acustik, Orchester und Tanz verursachte Stimmstörungen.** *Orvosi lapja. No. 17. 1909.*

Die im Titel aufgeführten Verhältnisse können zur Ueberanstrengung der Gesangstimme führen. v. NAVRATIL-POLYAK.

114) **Federico Brunetti jr. Anatomische und anatomisch-pathologische Untersuchungen über die Nervenendigungen in den inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen. (Ricerche anatomiche ed anatomo-patologiche sulle terminazioni nervose nei musceli intrinseci della laringe umana.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1909.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nervenendigungen in den Muskeln des menschlichen Kehlkopfes zeigen im normalen Zustand keinen Unterschied gegenüber den Endigungen in anderen Muskeln; die am häufigsten vorkommende Form ist die Endplatte.

2. Bei chronischer Laryngitis, sowohl der gewöhnlichen, wie specifischen, zeigen sich die Endapparate selbst in ihren constituirenden Elementen verändert. Es finden sich für die specifischen Formen keine pathognomonische Läsionen.

3. Die Intensität der Veränderungen ist direct proportional dem Grade der Intensität der chronischen Entzündung.

4. Die Veränderungen sind degenerativer Natur und bestehen in dem allmählichen Verschwinden des functionirenden nervösen Elementes (terminale Ausdehnung des Axencylinders).

5. Die Existenz dieser Veränderungen in den motorischen nervösen Organen erklärt vielleicht den klinischen Befund der „katarrhalischen Lähmung" und die bei Laryngitis chronica sich findenden Stimmveränderungen. FINDER.

115) **A. Martin** (Barcelona). **Ueber die Stimmbandlähmung und ihre Behandlung. (Sobre la parlisis nerviosa de las cuerdas vocales y su tratamiento.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de garganta nariz y oido. No. 13. 1908.*

Bericht über einige Fälle von Aphonie, bei denen die Suggestion ausgezeichnete Resultate ergab; selbst die Fälle von katarrhalischer Stimmbandparese sind nach Ansicht des Verf.'s dieser Behandlung zugänglich. TAPIA.

116) **Glas** (Wien). **Die Sensibilität des Larynxeingangs bei Recurrenslähmung. (La sensibilità del vestibolo laringeo nella paralisi del ricorrente.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1908.*

Verf. hat an einem Material von 95 Fällen (21 Posticusparesen, 20 doppelseitige Posticusparesen, 15 Posticuslähmungen, 4 doppelseitige Posticuslähmungen, 32 Recurrenslähmungen, 3 doppelseitige Recurrenslähmungen) Untersuchungen angestellt und kommt zu einem Resultat, das von den Behauptungen Massei's vollkommen abweicht und sich in Uebereinstimmung befindet mit den Ergebnissen von Kuttner-Meyer. Er warnt davor, eine Aufhebung der Reflexe mit Herabsetzung der Sensibilität zu verwechseln. Bei Tabes besteht eine starke Herabsetzung der Reflexe im Vestibulum, ohne dass die Berührungsempfindlichkeit irgendwie verändert ist. Ebenso findet man, besonders bei Patienten mit Larynxkrisen, Steigerung der Reflexerregbarkeit. Verf. berichtet über 2 Fälle, die er in seinem Material von 95 Fällen gefunden hat, bei denen eine Hypästhesie des Vestibulum bestand; in beiden aber handelt es sich ausser um die Affection des Recurrens auch um eine solche des N. laryngeus superior (Parese des M. cricothyreoideus.) Verf. meint, dass überhaupt in allen Fällen, auf welche scheinbar das Massei'sche Gesetz Anwendung findet, der Laryngeus superior mitbetheiligt ist und dass dies die Ursache der herabgesetzten Sensibilität ist, dass der N. rerecurrens jedoch keine sensiblen Fasern führt.

FINDER.

117) **Tommaso Mancioli. Ueber zwei Symptome der Recurrenserkrankung. Bradycardie und Anästhesie des Larynxeingangs. (Su due sintomi di lesione del ricorrente: bradicardia e anestesia del vestibolo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1909.*

Verf. erzielte bei seinen Experimenten Veränderungen des Blutkreislaufs nur durch Zerren und Abreissen des Recurrens, nicht durch Compression oder Durchschneidung.

Bei 7 Hunden, bei denen durch Kitzeln des Larynxeingangs mit einer Sonde die gewöhnlichen Reflexe hervorgerufen wurden, wurden diese nicht mehr erzielt, wenn man dasselbe Manöver einige Tage nach Läsion (Zerrung, Durchschneidung, Compression) des Recurrens wiederholte.

Unter 24 klinischen Beobachtungen fand sich 10mal Herabsetzung der Sensibilität, 14mal Anästhesie im Larynxeingang.

Verf. schliesst daraus, dass bei Recurrenslähmung die Sensibilität des Larynxeingangs mehr oder weniger herabgesetzt oder aufgehoben ist. FINDER.

118) **A. Onodi** (Budapest). **Anästhesie des Kehlkopfeinganges bei der Lähmung der unteren Kehlkopfnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1909.*

Verf. sah einmal nach Verletzung des Kehlkopfes eine Hypästhesie des Kehlkopfeinganges, dagegen ist er nicht in der Lage die Massei'schen Beobachtungen zu bestätigen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

119) **Salvatore Terrotta. Reine Mitralstenose mit linksseitiger Recurrenslähmung. (Stenosi mitralica pura con paralisi del nervo ricorrente laringeo sinistro.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1909.*

Ausführliche Mittheilung eines eine 38jährige Frau betreffenden Falles.

Daran schliesst Verf. eine Besprechung der zur Erklärung des Phänomens aufgestellten Theorien, besonders der Ortner-Kraus'schen. Beide Theorien erklären das Zustandekommen der Recurrenslähmung bei Mitralstenosen, jedoch in verschiedenen Stadien der Herzkrankheit: nämlich die von Kraus im Stadium der Compensation, die von Ortner im Stadium der Compensationsstörung.

FINDER.

120) **William Osler. Lähmung des linken N. laryngeus inferior bei Mitralklappenerkrankung. (Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in mitral valve disease.)** *The Montral Medical Journal. Februar 1909.*

Verf. giebt eine nichts Neues enthaltende Darstellung der Recurrenslähmungen bei Mitralstenosen und die landläufigen Erklärungen dafür.

EMIL MAYER.

121) **Mosny** und **Stern. Recurrenslähmung infolge Bleivergiftung. (Paralysie recurrentielle d'origine saturnine.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 9. Februar 1909.*

Es handelt sich um einen Anstreicher, der nach 25jähriger Thätigkeit eine linksseitige Recurrenslähmung bekam, gleichzeitig mit doppelseitiger Radialislähmung. Es besteht weder Hysterie noch Syphilis; die radioskopische Untersuchung ergiebt am Thorax vollkommen normale Verhältnisse. E. CARTAZ.

122) **Palasse** (Lyon). **Kehlkopflähmung bei Typhus. (Paralysie laryngée dans la fièvre typhoide.)** *Société médicale des hôpitaux. 30. März 1909.*

Es handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen, das im Laufe eines Typhus in Folge plötzlicher Dyspnoe bedingt durch Posticuslähmung starb, trotzdem schleunigst die Tracheotomie gemacht wurde.

Verf. fand bei der Autopsie Neuritis des Recurrens (segmentäre periaxilläre Neuritis nach Gombanet); er bezeichnet diese Läsion als selten.

GONTIER de la ROCHE.

123) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopflähmung bei beginnender Tabes.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1909.*

Der 53 Jahre alte Mann suchte wegen Erstickungsanfälle Hilfe. Die Stimmlippen waren nahe zur Medianlinie fixirt und machten nur selten und sehr geringe Bewegungen nach auswärts. Die Stimme war ziemlich klar. Verf. nimmt eine doppelseitige Posticuslähmung an. v NAVRATIL-POLYAK.

124) **W. G. Porter** (Edinburgh). **Nystagmus des rechten Stimmbandes und des weichen Gaumens bei einem Falle von cerebraler Erkrankung.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 745. 1909.*

Bei einem 65jährigem Krämer, bei dem die Diagnose auf „beiderseitige cerebrale Erkrankung“ gestellt wurde, machte das rechte Stimmband und der Aryknorpel rhythmische ruckweise Bewegungen 150—160 in der Minute. Stimme klar. Keine Anästhesie im Larynx. Gleichzeitig bestanden rhythmische unwillkürliche Bewegungen des Gaumens derart, dass die rechte Seite des Gaumens und der vordere Pfeiler ruckweise nach rechts bewegt wurden, 38 Bewegungen in der $^1/_4$ Minute.

Continuirliche rhythmische unwillkürliche Bewegungen beider Stimmbänder kommen, wie P. an Hand der Literatur zeigt, hin und wieder zur Beobachtung, viel seltener ist das Beschränktbleiben solcher Bewegungen auf nur eine Seite des Larynx. P. kennt neben seiner Beobachtung von einseitigem Stimmbandnystagmus nur einen analogen Fall, durch Scheinmann beschrieben.

Der Stimmbandnystagmus ist als Symptom einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems aufzufassen. Ueber den Sitz der Läsion giebt uns aber der Stimmbandnystagmus, wie die in der Literatur niedergelegten Fälle zeigen, keine sichere Auskunft.

OPPIKOFER.

125) **E. Baumgarten** (Budapest). **Fremdkörper in dem Sinus piriformis, spontaner Abgang.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der 10 mm lange, 5 mm breite und dicke Knochen hat Oedem der betreffenden Seite und Eiterung verursacht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

126) **Ch. Jackson** (Pittsburg, Pennsylvania, N. S. A.). **Tracheo-Bronchoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 451. 1908.*

Verf. giebt Bericht über seine zwei letzten Fälle:

1. Nadel mit Glaskopf im rechten Luftröhrenast. Durch obere Bronchoskopie entfernt.

2. Kravattennadel im linken Luftröhrenast. Entfernt durch obere Bronchoskopie.

v. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

127) **Schneider. Ueber Bronchoskopie. (O bronchoskopii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 30. 1909.*

Sch. übt die Bronchoskopie erst seit 14 Monaten und hat bereits im Laufe dieser Zeit 18 Fremdkörper entfernt, welche er auf dem ersten allrussischen Oto-Laryngologen-Congresse demonstrirte. Alle wurden sie in der ersten Sitzung entfernt, unter anderem eine Stecknadel. 12 von den Fremdkörpern gehören Mohnsamen an, welche in Russland vom einfachen Volk sehr viel gekaut werden. — In einem Falle musste wegen Athemstillstand während der oberen Bronchoskopie schnell die Trachea aufgeschnitten, die untere Bronchoskopie gemacht und der Fremdkörper, der aus dem Bronchus in die Trachea gerathen war, entfernt werden.

Von allen seinen Fällen starben 3, d. h. 16 pCt.

P. HELLAT.

128) **Fritz Kajser** (Schweden). **Einiges über Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Nagra ord om bronchoskopii og ösophaskopii.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. 1908.*

Nichts Neues.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

129) **Sidney Yankauer. Demonstration eines aus dem Bronchus entfernten Fremdkörpers. (Exhibition of foreign body removed from the Bronchus.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Fall ist insofern bemerkenswerth, als 48 Stunden nach Entfernung des Fremdkörpers die Temperatur anstieg und über dem rechten Mittellappen sich die

Symptome einer Pneumonie zeigten. Diese Anzeichen bestanden zwei Wochen lang; es wurde dann eine Aspirationsspritze in den Verdichtungsherd eingestochen und Eiter gefunden. Es wurde die Pneumotomie gemacht, man stiess auf den Eiterherd in der Lunge, der evacuirt wurde; die Höhle wurde drainirt. Der Fall verlief tödtlich.

EMIL MAYER.

130) **Chevalier Jackson. Das Bronchoskop als ein Hülfsmittel bei allgemeiner Diagnose. (The Bronchoscope as an aid in general diagnosis.)** *Archivs of Diagnosis. April 1908.*

Fälle von acuter und chronischer circumscripter Tracheo-Bronchitis, von tracheo-bronchialen Ulcerationen, von Tuberculose, Stenose der Trachea sind mittels der directen Untersuchung diagnosticirt worden.

EMIL MAYER.

131) **Botey** (Barcelona). **Neue Hakenpincette zur Extraction von Fremdkörpern aus Oesophagus, Trachea und Bronchien. (Nueva pinza-gancho para la extraccion da cuerpos-extranos esofagicos y traqueo-bronquiales.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Darstellung und Beschreibung des Instruments.

TAPIA.

132) **Richard H. Johnston. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus durch untere Tracheoskopie entfernt. (Foreign body removed from right bronchus by low tracheoscopy.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es handelt sich um einen wegen Larynxstenose — welchen Ursprungs, wird nicht gesagt — tracheotomirten Patienten, dem die Hartgummicanüle in die Trachea gefallen war. Die Entfernung geschah in Chloroformnarkose mittels des Jackson'schen Bronchoskops. Man fand den Fremdkörper zum Theil in der Bifurcation, zum Theil im rechten Bronchus sitzend. Die Entfernung gelang leicht.

EMIL MAYER.

133) **H. A. Moffat. Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus. (A case of foreign body in the left bronchus.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Ein Mann schlief mit einem Stück Kaugummi im Munde ein; er erwachte mit Husten und Dyspnoe. Er wurde tracheotomirt und mittels des Kelly'schen Cystoskops wurde der Fremdkörper im linken Bronchus entdeckt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

134) **J. H. Bryan. Bericht über einen Fall von Entfernung eines Getreidekorns aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes. (Report of a case of removal of a grain of corn from the trachea of a child six years old.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Conf. Verhandlungsbericht der XIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1908.

EMIL MAYER.

135) **C. T. Jacobsen** (Dänemark). **Bronchoskopische Entfernung von einem Fremdkörper aus dem linken Bronchus. (Bronkoskopisk Tjaernelse af et fremmed Legeme i venstre Bronkus.)** *Hospitalstidende. No. 8. 1909.*

Durch Bronchoscopia inferior wurde bei einem 5jährigen Kinde die Schale eines Pflaumensteines aus dem linken Bronchus entfernt. Heilung.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

136) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein tödtlich verlaufener bronchoskopischer Fremdkörperfall.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 785. 1909.*

Die in der Trachea liegende abgebrochene Trachealkanüle wird bei dem 26-jährigen Patienten blindlings gesucht und nach stundenlangem erfolglosem Bemühen in den linken Unterlappenbronchus gestossen.

Erst jetzt kommt Patient bei gutem Allgemeinbefinden in die Behandlung von B., der den Fremdkörper ohne Anstrengung nach der Killian'schen Methode entfernt. Trotzdem stirbt Patient 4 Tage später. Bei der Section finden sich neben Tracheitis und Bronchitis einige kleine pneumonische Herde in den Unterlappen.

Wären die blinden langwährenden Extractionsversuche unterlassen worden, so würde jedenfalls der Fremdkörper nicht zu einer Entzündung der unteren Luftwege geführt haben.

OPPIKOFER.

137) **Haret** und **Jaugeas. Tumor der Trachea durch die Radiotherapie geheilt. (Tumeur de la trachée guérie par la radiothérapie.)** *Société de Radiologie. 11. Mai 1909.*

Die Diagnose war durch Dr. Guisez mittels der Bronchoskopie gestellt. Innerhalb zwei Monaten, während welcher Zeit wöchentlich eine Sitzung stattfand, bei der die Thoraxwand von vorn und hinten bestrahlt wurde, verschwanden die functionellen Symptome völlig und eine erneute Untersuchung ergab das Vorhandensein einer weissen Narbenfläche. Die Heilung hält seit 10 Monaten an.

GONTIER DE LA ROCHE.

138) **V. Uchermann** (Christiania). **Fremdkörper in der Lunge. Bronchoscopia inferior. Entfernung des Fremdkörpers; Heilung. (Freinmedlegeme i lungen. Bronchoscopia inferior. Fjaernelse af fremmedlegemet; helbredelse.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 3. 1909.*

Theilt einen Fall mit von Entfernung einer gebrannten Kaffeebohne aus dem Boden des linken Bronchus durch einen dazu besonders construirten Apparat.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

139) **Otto Kahler** (Wien). **Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern. Casuistischer Beitrag.** *Mit 4 Abb. auf 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Besprechung von Technik und Instrumentarium und Bericht über 3 einschlägige Fälle nebst eingehender Epikrise.

Fall 1. Entfernung eines Knochens von $12^1/_2$ mm Längs- und 9 mm Quer-

durchmesser bei einem $6^1/_2$ monatigen Kinde in Narkose mittels oberer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus, glatter Heilungsverlauf.

Fall 2. Aspiration eines Zwetschenkernes bei einem 6jährigen Mädchen. Der in der Trachea sichtbare Fremdkörper gleitet während der Cocainisirung in den linken Bronchus, wird unter Localanaesthesie zugleich mit dem Rohr extrahirt, findet sich jedoch nicht in der Pincette. Luftwege darnach bronchoskopisch und auscultatorisch frei. Exitus an Pneumonie. Der Fremdkörper wurde weder im Stuhl noch bei der Autopsie gefunden.

Fall 3. Entfernung einer im rechten Hauptbronchus quereingekeilten Haselnussschale unter localer Anaesthesie bei einem 17jährigen Manne. Glatte Heilung. Röntgenuntersuchung negativ, doch deutliches Zurückbleiben der rechten Zwerchfellkuppe bei der Respiration und inspiratorische Anziehung des Mediastinums nach rechts (bronchostenotisches Symptom nach Jacobsohn und Holzknecht) sichtbar.

HECHT.

140) **E. W. Sikemeier** (Arnhem). **Ein Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. (En geval van vreemd lichaam in de luchtwegen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. I. p. 664. 1909.*

Achtjähriger Knabe, der eine Eichel verschluckt haben soll. Laryngoskopisch nihil. Mit ziemlich langen, absolut symptomlosen Intervallen zeigten sich Anfälle von eigenthümlichem kurzen Husten, ohne Stridor oder Dyspnoe. Am Thorax nichts Abweichendes. Nach einigen Tagen leichte Temperaturerhöhung, es wurde an beginnende Pneumonie gedacht. Am nächsten Tag wird Verschluss des rechten Hauptbronchus festgestellt. Es wird die Hülfe eines Halsarztes angerufen, der die Bronchoscopia superior unter localer Anaesthesie zu machen sich vornimmt. Die Athmung der rechten Lunge ist gänzlich aufgehoben. Der Hals wird mit 10procentiger Cocainlösung gepinselt. Nach 10 Minuten wird versucht, das Bronchoskop durch den Mund einzuführen. Das Kind muss dabei von vielen Schwestern fixirt und der Mund mittelst der Mundklemme eröffnet werden. Das Kind ist in grösster Aufregung. Es gelingt nur mit grösster Mühe, das Instrument in den Mund einzuführen. Noch ehe dasselbe den Kehlkopfeingang erreicht hat, sinkt der kleine Patient plötzlich fast comatös hin. Unmittelbar Tracheotomie. Die Glieder sind erschlafft, der Cornealreflex erloschen, die Pupillen eng, die Athmung langsam. Nach der Tracheotomie ist der Zustand der Lungen gänzlich verändert. Beide Brusthälften bewegen sich gleich stark und geben gleichen Percussionston, bei der Auscultation links normales Vesicularathmen, rechts die ersten Augenblicke feine crepitirende Rhonchi über der ganzen Lunge, dann auch normales Athmungsgeräusch. Allein der Allgemeinzustand wird schlechter; der Puls bessert sich auf Kampfereinspritzungen nicht, Pinselungen der Luftwege ergeben kaum einen Hustenreflex. Eine halbe Stunde nach dem ersten Auftreten der ernsten Symptome Exitus. Theilweise Autopsie. Beim Aufschneiden des Trachealbaumes hüpft plötzlich eine kleine Eichel hervor, ohne dass man hätte feststellen können, aus welchem Bronchus sie gekommen.

S. bespricht die möglichen Erklärungen des plötzlichen Todes. Er hält Cocainvergiftung für wahrscheinlicher als Reflextod.

H. BURGER.

141) **H. Burger** (Amsterdam). **Entfernung von Fremdkörpern mit Hülfe der Bronchoskopie. (Verwijdering van vreemde lichaamen met behulp der bronchoskopie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 9. p. 671. 1909.*

Erster Fall. Ein Mann von 34 Jahren aspirirte eine Silbermünze, mit welcher er in der Wangentasche stets herumging. Mittelstarker Husten- und Erstickungsanfall, weiter wenig Beschwerden. Röntgenschirmbild und Photogramm negativ. Obere Bronchoskopie ohne Narkose mit dem Brüning'schen Instrnment. Die Münze wird aus dem unteren Theil des rechten Stammbronchus herausgeholt, rutscht aber zweimal an der Glottis hinab. Beim dritten Versuche wird sie in der Trachea sagittal gestellt und herausgeholt. Keine üble Folgen. Heilung.

Zweiter Fall. Ein Mann von 26 Jahren trägt seit $1^1/_2$ Jahren eine Trachealkanüle, dieselbe bricht ab; ein Aussenrohr fällt in die Luftröhre hinunter. Es werden von zwei Aerzten mehrere Stunden lang von der Trachealöffnung aus Extractionsversuche vorgenommen, während welcher der Fremdkörper immer tiefer geräth. Der Patient kommt abends spät in die Klinik. Mittels Bronchoscopia inferior wird der Fremdkörper im linken Unterlappenbronchus leicht aufgefunden und ohne Schwierigkeit oder Blutung sofort extrahirt. Nach zwei Tagen entwickelt sich eine diffuse Bronchitis, nach weiteren zwei Tagen eine beginnende Pneumonie, der Patient am fünften Tag unter den Zeichen zunehmenden Lufthungers erliegt. Die Section weist eine ausgedehnte hämorrhagische Tracheo-bronchitis der beiden Seiten und eine Bronchopneumonie in den Unterlappen beider Lungen nach.

B. weist darauf hin, wie dieser Fall die Ueberlegenheit der Bronchoskopie über die alten blinden Methoden in eclatanter Weise illustrirt. Der Bronchoskopie kann ein Antheil an dem tödtlichen Ausgang nicht zugeschrieben werden. B. kommt zu dem Schluss, dass ein blindes Vorgehen mit Pincetten und Zangen in die unteren Luftwege nicht länger statthaft sei, seitdem wir das Mittel besitzen, diese Theile bei heller Beleuchtung local zu behandeln. H. BURGER.

142) **Guisez. Drei neue Fälle von Fremdkörpern der Bronchien mittels der oberen Bronchoskopie entfernt. Heilung. (Trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques extraits par la bronchoscopie supérieure; guérison.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. März 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt. A. CARTAZ.

143) **Moszkowitz** (Wien). **Versteifung der Trachea.** (K. k. Gesellsch. d. Aerzte, 15. Januar 1909.) *Wiener med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Infolge operativer Beseitigung der Wand an einer stenosirten Stelle war dieselbe nur von Weichtheilen gebildet und gerieth bei jedem Athemzug in Schwingungen. Die weiche Stelle wurde durch einen aus dem Sternum entnommenen Haut-Periost-Knochenlappen gedeckt. CHIARI-HANSZEL.

144) **E. Bircher** (Aarau). **Primäres Carcinom einer intratrachealen Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 443. 1908.*

Verf. beschreibt diesen seiner Ansicht nach vielleicht einzig dastehenden Fall in der Literatur. Ob es sich um eine Struma, ausgehend von vorgelagertem Schilddrüsengewebe, oder um ein Hereinwachsen der Schilddrüse in die Trachea

handelt, konnte nicht entschieden werden. — Makroskopisch konnte nirgends eine Hineinwuchern oder abnorme feste Fixation der äusseren Schilddrüse constatirt werden. Mikroskopisch handelt es sich um eine Struma cystica colloides mit carcinomatöser Wucherung der Epithelien. Einige Tage nach der zur Cauterisation vorgenommenen Laryngofissur stirbt Patient an Entkräftung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

145) **P. Breton. Die physikalischen Symptome der tracheo-bronchialen Drüsenanschwellung beim Kind. (Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1906.*

Unter den frühzeitigen Symptomen der tracheo-bronchialen Drüsenanschwellung ist das Zeichen von Smith (Venengeräusch über dem Manubrium sterni bei stark nach rückwärts geneigtem Kopf) eines der constantesten. Die Radioskopie liefert im Allgemeinen unsichere Resultate.

OPPIKOFER.

146) **F. Taubé. Ozaena der Bronchien. (Ozène des bronches.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Unter den fötiden Bronchitiden giebt es eine specielle Form, die durch ihre lange Dauer, durch die Abwesenheit von Fieber, durch den guten Allgemeinzustand mehr den Charakter einer Infirmität als einer eigentlichen Krankheit trägt. Verfasser glaubt, dass sich diese Art der Bronchitis am besten mit dem ozänösen Process in der Nase vergleichen lässt und nennt deshalb die Erkrankung nach dem Vorschlage seines Lehrers Béclère: ozène des bronches. T. giebt 6 Krankengeschichten, doch erscheinen sie nicht so überzeugend, um für diese Fälle von Bronchitis einen besonderen Krankheitsbegriff aufstellen zu dürfen. In 2 Fällen bestanden Nasenpolypen; in den übrigen Krankengeschichten fehlt der Nasenstatus, so dass man annehmen kann, dass wohl das Naseninnere normal war.

Verf. empfiehlt Inhalationen und Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeiten.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

147) **Lieber** (Wien). **Zur Casuistik der Struma congenita.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 7. 1908.*

Aetiologisch kommt die Vererbung in Betracht, speciell von Seiten der Mutter, sowie mechanische Momente während der Geburt. Meist handelt es sich um folliculare und cystoide Formen. Heisere Stimme, Stenosesymptome. Behandlung der Struma meist nicht nöthig, da sie von selbst zurückgeht. Chirurgische Eingriffe haben sich nicht bewährt.

HANSZEL.

148) **T. Mutschenbacher** (Budapest). **Beiträge zur Pathologie der Strumen, gestützt auf 182 Fälle.** *Orvosi Hetilap. No. 16 u. 17. 1909.*

Unter den Fällen waren 155 parenchymatös, 17 cystisch, 5 bösartig, 1 mit Basedow, 1 mit Recidiv und 3 Mal ist Strumitis beobachtet worden. Substernale Struma ist 4 Mal beobachtet worden. Eine interne Therapie ist nur denjenigen Patienten vorgeschlagen worden, welche die Operation refüsirten. Auf Thyreoidea-Tabletten erfolgte Besserung in 5 Fällen. Unter den 154 operirten Fällen sind

6 Patienten gestorben, darunter ein Fall an Tetania thyreopriva. Das Material stammt aus der chirurgischen Klinik. v. NAVRATIL-POLYAK.

149) **Weber** (Columbien). **Eine seltene Krankheit, die acute primäre, nicht eitrige Thyreoiditis. (Maladie peu connue. La thyreoidite aigue simple.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1909.*

Mitunter alarmirende Symptome wie bei malignen Tumoren; rasche feste Schwellung, heftige ausstrahlende Schmerzen, rasche Abmagerung, starkes Krankheitsgefühl, Prostration, Somnolenz ohne Schlaf, Respirationshindernisse, Symptome von Thyreoidismus, sehr geringer Temperaturerhöhung, nicht über 37,5. Behandlung mit feuchten Compressen; kein Jod.

Die secundäre Form findet sich besonders bei Rheumatismus articulorum acutus, als Signum thyreoideum und bei Typhus; seltener bei Influenza, Masern, Parotitis und Cholera. JONQUIÈRE.

150) **Sabitt** (Kairo). **Beiträge zum Studium der Schilddrüsenentzündungen. (Contribution à l'étude des thyreoidites.)** *Dissert. Genf 1909.*

Verf. definirt den Begriff Thyreoiditis als Entzündung der gesunden Schilddrüse im Gegensatz zu Strumitis. Er bespricht 13 Fälle aus einer Genfer Klinik, von denen er nur einen selbst beobachtet hat. Einige sind nach Pneumonie aufgetreten. Die Schlüsse sind hauptsächlich folgende: Die zu Pneumonie hinzutretenden Thyreoiditiden sind relativ selten und gutartig. Die Pneumokokken-Neuritis ist viel häufiger. Beide kommen nur bei Erwachsenen vor. Thyreoiditis neigt zu Eiterung. Sie und die Strumitis können auch symptomlos verlaufen und werden dann mitunter erst bei der Autopsie entdeckt. Mitunter zeigen sich postpneumonische Basedow-Symptome. Wo der bacteriologische Befund positiv war, fand man in 44,82 pCt. Pneumokokken. Bei secundären Affectionen waren oft Streptokokken zugesellt. Auch nach Grippe fanden sich Schilddrüsenentzündungen mit Pneumokokken. Sie scheinen auf der der Pneumonie entsprechenden Körperseite meist aufzutreten. Die Thyreoiditis sowie die Strumitis werden durch anhaltende feuchte Umschläge oft vor Eintritt der Eiterung geheilt. JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

151) **Lateiner** (Wien). **Angeborene Atresie des Oesophagus mit Trachealcommunication.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles mit den verschiedenen Hypothesen über die mögliche Entstehungsweise der vorliegenden Anomalie. HANSZEL.

152) **Sternberg** (Brünn). **Atresie des Oesophagus mit doppelter Communication mit der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1909.*

Im ärztlichen Verein in Brünn demonstrirt St. die Brustorgane eines $^1/_2$ Std. nach der Geburt an Asphyxie gestorbenen Kindes, an welchem die oben angeführte Anomalie zu sehen ist. HANSZEL.

153) **Nové-Josserand, Sargnon** (Lyon). **Impermeable Narbenstenese des Oesophagus und Oesophagoskopie. (Rétrecissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Lyon Médical. 28 März 1909.*

In dem Fall der Verff. traten jedes Mal nach der Oesophagoskopie pleuropulmonale Störungen auf. Verff. schliessen daraus, dass es Oesophagusstenosen giebt, die der Oesophagoskopie unzugänglich sind; in diesen Fällen muss frühzeitig die Gastrotomie gemacht werden, ein Faden ohne Ende angewandt und die progressive retrograde Dilatation gemacht werden.

Mit Fibrolysin haben Verff. kein Resultat erzielt. GONTIER de la ROCHE.

154) **Isaac** (Wiesbaden). **Ein Beitrag zur Casuistik und Symptomatologie der Oesophagusdivertikel.** *Medic. Klinik. 13. 1909.*

Die Lage des Divertikels (56jährige Frau) sowie seine Grösse lassen es ausser Zweifel, dass es sich um ein pharyngo-ösophageales Pulsionsdivertikel handelte. Auffallend waren Störungen von Seiten des Sympathicus, die möglicher Weise durch den Druck des Divertikels auf den Grenzstrang bedingt waren.

SEIFERT.

155) **Botey** (Barcelona). **Drei Fälle von schwerem Cardiospasmus. (Tres casos de cardiospasmo grave.)** *Archivos latinos de Oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Drei mittels der Oesophagoskopie diagnosticirte Fälle mit daran sich knüpfenden therapeutischen Betrachtungen. TAPIA.

156) **Herbert Tilley. Eine einzigartige Erfahrung mit directer Oesophagoskopie. (Direct Oesophagoscopy. A unique experience.)** *Lancet. 27. März 1909.*

Ein 4 Tage altes Kind verschluckte die Zitze eines Schnullers. Das Kind konnte nicht mehr trinken, und man fand den Fremdkörper und ein Stück Watte mittelst des Brünings'schen Oesophagoskops im Oesophagus und konnte ihn entfernen. ADOLPH BRONNER.

157) **v. Hacker** (Graz). **Fremdkörper des Oesophagus.** (Verein der Aerzte in Steiermark, 13. December 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

v. H. demonstrirt ein Zahnersatzstück, das er auf endoskopischem Wege aus dem Oesophagus entfernte, und erwähnt, dass ihm in 48 Fällen von Fremdkörpern in dem Oesophagus (auf endoskopischem Wege) die Entfernung ohne jeglichen Schaden für die Kranken gelungen sei. HANSZEL.

158) **E. Heurard** (Brüssel). **Einundzwanzig Fälle von Extraction metallischer Fremdkörper aus der Speiseröhre hinter dem Röntgenschirm. (Vingt-et-un cas d'extraction de corps étrangers métalliques de l'oesophage sous l'écran radioscopique.)** *C. R. du IV. Congrès internat. d'électr. et de radiol. méd. Amsterdam 1908.*

Einem verschluckten metallischen Fremdkörper gegenüber soll immer zuerst radioskopirt werden. H. beschreibt 19 Fälle von glatten, platten, metallischen Fremdkörpern, welche er bei lateraler Durchstrahlung hinter dem Röntgenschirm mittelst einer Zange mit gleitenden Branchen extrahirt hat. In 2 weiteren Fällen

tiefer im Oesophagus steckender Fremdkörper wurden dieselben mittelst der Thiemann'schen Zange in gleicher Weise extrahirt.

H. verwirft wohl mit Recht die Graefe'schen, Kirmisson'schen und alle sonstigen blind arbeitenden Instrumente; er empfiehlt seine Methode namentlich für die platten Fremdkörper und beschränkt die Indicationen der Oesophagoskopie auf die für Röntgenstrahlen durchlässigen und auf diejenigen Fremdkörper, welche wie Nadeln, Knochensplitter u. s. w. von der Zange nicht zu fassen sind. Ref. möchte die Extraction hinter dem Röntgenschirm nur in den Fällen indicirt wissen, wo bei einem Kinde ein metallischer, glatter, platter Fremdkörper sich im oberen Speiseröhrentheil befindet, wie er in seinem Buche: „Was leisten die Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie," Wiesbaden 1908, ausgeführt hat.

H. BURGER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. December 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari bespricht eine schwierige Knochenextraction aus dem Oesophagus und stellt die Frage: Indication der endoskopischen Entfernung und der per oesophagotomiam zur Discussion.

Hajek empfiehlt u. a. vor der endoskopischen Entfernung gelegentlich die Vornahme einer Morphiuminjection, Grossmann warnt vor Uebereilung, da Spontanelimination erfolgen kann, Heindl räth in schwierigen Fällen eventuell zur Narkose; ferner sprachen noch Kofler, Réthi, Scheff und Chiari.

Fein spricht über einen Fall von Kiefercyste, die differentialdiagnostisch einige Schwierigkeiten bot gegen eine zweigetheilte Kieferhöhle. Pat. trägt eine Prothese, ist beschwerdefrei und es besteht keine Nothwendigkeit, eine Oeffnung in der Nase anzulegen.

Stern stellt einen Fall von Sigmatismus nasalis vor und bespricht die Therapie, die er einschlagen wird, sowie die Aetiologie und Prognose.

Hütter führt einen Patienten vor, bei welchem wahrscheinlich ein tertiär luetischer Process vorliegt, der zur theilweisen Sequestrirung des Septums geführt hat und durch ein Trauma ausgelöst wurde.

Glas demonstrirt einen Patienten mit einem an der hinteren Fläche der Aryknorpel sitzenden acuten Kehlkopfabscess und bespricht im Anschluss daran einen von ihm beobachteten Epiglottisabscess.

Chiari: 19jähriges Mädchen mit hochgradiger narbiger Stenose beider vorderen Nasenöffnungen, der Nasenrücken tief eingesunken. Plastische Operation nach Dr. Walliczek in Breslau.

Réthi sah die Patientin vor Chiari und liess nach vorheriger Erweiterung entsprechende Hartgummituben tragen, um die narbige Wiederverwachsung hintanzuhalten.

Kofler stellt einen Fall zur Diagnose. Trotz des negativen Ausfalls der Untersuchung auf Bac. fusiformis und Spirochaeta refringens hält Glas diese Affection für eine Angina membranacea.

Kahler berichtet über die drei in der vorigen Sitzung aus der Klinik vorgestellten Fälle, dass bei der von Marschik demonstrirten Stenose des Pharynx- und Larynxeinganges Lues auszuschliessen ist. Lupus wahrscheinlich. In dem Falle von Halsphlegmone konnte kein Actinomyces gefunden werden. Der Patient mit dem Glottisspasmus verliess gegen die Einwilligung von Seiten der Klinik das Spital.

Kahler demonstrirt das anatomische Präparat und histologische Schnitte eines Carcinosarkoms des Recessus piriformis. (Wird publicirt.)

Sitzung vom 8. Januar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein: Fremdkörper (Cigarrenspitze) 13 Jahre im Gewebe des weichen Gaumens.

Glas: Congenitales Kehlkopfdiaphragma im vorderen Winkel des Stimmbandes.

Discussion: Fein, Hajek, Glas.

Stern stellt den in der vorigen Sitzung demonstrirten Fall von Sigmatismus nasalis als geheilt vor und demonstrirt weitere einschlägige Fälle.

Marschik spricht an der Hand eines Falles über Antritis perforans.

Hajek und Hirsch glauben, dass in diesem Falle das Empyem das Secundäre sei, die Ostitis das Primäre, Weil und Menzel denken an Osteomyelitis, wogegen Marschik und Chiari nach den Zeitpunkten des Auftretens der Symptome an der primären Antritis festhalten.

Heindl: Angeborene Atresie der Choane.

Kofler: Häufig recidivirendes Nasenbluten bei einem Patienten, dessen Haut und Schleimhäute keine Angiome aufweist.

Kahler demonstrirt einen Patienten mit Lues im Oesophaguseingang, sowie drei Fremdkörper, die er mittelst Oesophagoskopie entfernte.

Sitzung vom 5. Februar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari: Durchbruch eines Oesophaguscarcinoms in die Trachea.

Fein beobachtet seit 6 Jahren einen Patienten mit recidivirenden tumorartigen Prominenzen unter der vorderen Commissur und unter den Stimmlippen, bei welchem eine schon vor 6 Jahren vorgenommene Probeexcision die Diagnose: Epithelialcarcinom ergab, was durch 4 weitere Excisionen bestätigt blieb. An der Richtigkeit der histologischen Befunde ist bei der Autorität der pathologischen Anatomen kaum zu zweifeln, es kann sich daher nur um einen ungewöhnlich gutartigen Verlauf handeln, denn das klinische Bild ist heute so wie vor 6 Jahren.

In der Discussion sprechen sich Hajek, Réthi und Grossmann auf Grund mehrerer Fälle sehr skeptisch den histologischen Befunden gegenüber aus; Glas empfiehlt, Serienschnitte zu untersuchen.

Menzel demonstrirt einen Fall von einseitigem tonischen Kehlkopfkrampf bei allmählich durch maligne Struma eingetretener Recurrenslähmung derselben Seite.

Ferner: einen 48jährigen Mann mit linksseitiger Recurrenslähmung, sowie Verlagerung der Trachea und des Larynx infolge Verziehung der Aorta und des ganzen Mediastinums durch einen linksseitigen Lungenprocess.

Schliesslich: eine acute Ostitis der lateralen Nasenwand mit secundärem stinkenden Kieferhöhlenempyem und ein beginnendes Rhinosklerom der Nase und des Nasenrachenraumes.

Sitzung vom 4. März 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Harmer: 20jährige Patientin mit geheilter Choanalatresie. Eine kleine künstliche Oeffnung wurde zunächst mittelst Tamponade etwas erweitert, sodann die Platte abgemeisselt.

Glas demonstrirt einige Fälle zum Kapitel: „Kehlkopfstörungen und Tabes“:

a) einen Fall von rechtsseitiger Posticusparalyse, linksseitiger Posticusparese, ataktischen Bewegungen des linken Stimmbandes (inspiratorischer Ataxie), paradoxen Athembewegungen und laryngealen Krisen;

b) einen Fall von ataktischem Tremor der Stimmbänder, perversen Athembewegungen und Larynxkrisen als Frühsymptom einer Tabes;

c) einen Fall von Stimmbandataxie mit hier und da auftretenden perversen Athembewegungen und Larynxkrisen.

Hinweis auf die Wichtigkeit einer exakten Beobachtung auch feinerer Bewegungs- resp. Coordinationsstörungen der Stimmbänder zwecks frühzeitiger Diagnose.

Hirsch stellt einen Patienten vor mit einem Septumabscess dentalen Ursprungs.

Menzel stellt einen Fall von doppelseitiger Posticuslähmung vor, welche nach zwei innerhalb der letzten fünf Jahre vorgenommenen Strumectomien auftrat. Die Entwickelung dieser Lähmung beweist die Richtigkeit des Semonschen Gesetzes.

Weil: Defekte der vorderen Hälfte des häutigen Septums, angeblich seit Kindheit bestehend, gummöser Ursprung nicht auszuschliessen.

Sitzung vom 1. April 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hirsch berichtet über eine neue endonasale Methode der Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. Temporäre Resection der unteren

Muschel, breite Oeffnung vom unteren Nasengang vorne in die Kieferhöhle, Wiederannähen der Muschel.

Hierauf folgten die discutorischen Bemerkungen zu Menzel's Fällen von a) einseitigem Kehlkopfkrampf und von b) Schiefstand des Larynx und der Trachea infolge eines intrathoracalen Processes.

Zu a) spricht Réthi sich dahin aus, dass es sich um eine der Pendelzuckung ganz analoge Bewegung handle, d. h. um eine nicht vollständige Recurrenslähmung. Grossmann kritisirt die Erklärungsweise Menzel's, ebenso Roth; Hajek findet die von M. gezogenen Schlüsse für nicht richtig. Menzel betont im Schlusswort, dass es sich im demonstrirten Falle um einen tonischen Krampf des Aryknorpels gehandelt hat und replicirt auf die verschiedenen Einwendungen in der Discussion.

Zu b) sind Réthi und Fein nicht der Meinung, dass der Kehlkopf durch den Mediastinalprocess irgend welche Lageveränderung aufweist und glaubt Fein an eine angeborene Asymmetrie der Schildknorpelplatten, während Menzel dies auf Grund von Messungen als nicht richtig bezeichnet.

In der Discussion zu Marschik's Fall von combinirter Gaumensegellähmung kommt Réthi auf seine Untersuchungen zu sprechen, welche ergaben, dass der Levator palati mollis nicht vom Facialis, sondern vom Vagus seine motorischen Fasern bezieht, für welche Thatsache Glas einige klinische Befunde anführt.

Zu den von Glas vorgestellten Fällen von Kehlkopfstörungen bei Tabes macht Grossmann bezüglich der Deutung der perversen Stimmbandbewegung und der ataktischen Bewegungen einige Bemerkungen und verweist auf seine diesbezüglichen grundlegenden Arbeiten. In seinem Schlusswort giebt Glas seiner Ansicht Ausdruck, dass die perversen Stimmbandbewegungen beim Menschen nicht auf die durch inspiratorische Luftverdünnung erfolgte Ansaugung zurückzuführen seien, sondern auf eine Schädigung der Glottiserweiterer (Burger).

Auch über Menzel's Fall von zurückgegangener Recurrenslähmung (doppelseitiger Posticuslähmung) entspann sich eine lebhafte Debatte.

Zum Schluss hält Grossmann seinen Vortrag: Ueber die reflectorischen, vasomotorischen Störungen nasalen Urspiungs (publicirt).

Sitzung vom 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Doc. Dr. Roth.

Glas demonstrirt einen Galvaniseur mit Hydrargyrose der Nasenschleimhaut, einen Patienten mit Phosphornekrose der Oberkiefer und einen 57 jährigen Mann mit Carcinoma laryngis, in welchem Falle die absolut indicirte Totalexstirpation vom Patienten abgelehnt wurde.

Menzel zeigt das Präparat eines am Septum gestielt aufsitzenden rhinoskleromatösen Tumors, ferner das anatomische Präparat einer Stirnhöhle mit zwei Ausführungsgängen, sowie das histologische Präparat eines Enchondroms des Rachendaches.

Weil demonstrirt ein Röntgenbild mit dem Nachweise der Communication beider Stirnhöhlen (nach Einspritzung von Bleisulfataufschwemmung in die linke Stirnhöhle bei hängendem Kopfe).

Hütter spricht über die Anwendung der Localanästhesie bei der Adenotomie (publicirt).

In der Discussion sprachen fast alle Herren gegen die Anwendung der Localanästhesie bei Kindern; Hütter betont in seinem Schlusswort, dass er seine Infiltrationsanästhesie vor Adenotomien hauptsächlich bei älteren Kindern empfohlen habe, dass sich dieselbe aber auch in ausgewählten Fällen bei kleineren Kindern anwenden lasse.

Sitzung vom 4. November 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Hütter demonstrirt einen Fall von Aphonia et Dyspnoea spastica, offenbar auf hysterischer Basis. Durch die Narkose konnte der Krampf vorübergehend gelöst werden. Die Pat. wurde schon einmal tracheotomirt, bald darauf jedoch wieder decanulirt.

Hierzu sprachen Heindl (Heilung durch Suggestion und Narkose), Grossmann (allgemeine Bemerkungen über Motilitätsstörungen der Stimmbänder auf hysterischer Grundlage), Chiari, welcher fragt, ob der Spasmus während des Schlafens schwindet, worauf Pat. unklare Angaben macht.

2. Glas stellt a) einen Patienten vor, bei welchem eine vor Monaten bestandene totale Recurrenslähmung bei Grösserwerden eines Arcus-Aneurysma bis auf eine leichte Posticusparese zurückgegangen ist; b) einen primären isolirten Pemphigus des Larynx.

Discussion: Grossmann, Weil, Heindl.

3. Fein stellt einen Mann vor, welcher einen Selbstmordversuch durch Erhängen ausführte, wodurch es zu einer Compression des rechten Vagus kam (Fixation der rechten Stimmlippe, beschleunigte Athmung, 105 Pulse).

4. Weil demonstrirt einen Fall von wahrscheinlich auf tuberculöser Basis entstandener Narbenstenose des Larynx.

5. Chiari demonstrirt das Präparat von einem Patienten, welcher durch das Eindringen eines Fremdkörpers vom Oesophagus her nach einigen Tagen an einer Blutung aus der Aorta starb (durch die Muskelcontractionen des Oesophagus wurde der spitze Fremdkörper in das Gewebe hineingetrieben).

6. Kahler stellt einen Patienten mit recidivirenden Papillomen im Larynx vor. Ferner einen nach Killian radical operirten und geheilten Patienten mit chronischer Stirnhöhleneiterung, bei welchem die vor der Operation bestandenen meningealen Reizsymptome verschwanden.

An der Discussion, die sich hauptsächlich um die Indication zur primären Naht drehte, betheiligten sich Hajek, Kofler und Chiari.

7. Marschik bringt einen Fall von Sklerom, bei dem die Röntgenbehandlung eingeleitet wurde.

8. Kahler und Marschik berichten über bronchoskopische Fremdkörperfälle. Ein 6 Monate alter Säugling und zwei 6 jährige Kinder, von denen eines an Pneumonie starb. Obere Bronchoskopie: Knochen, Pflaumenkern, Kugel.

Hanzel-Chiari.

---

b) XVI. Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen*).

(Bericht von Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden, Schriftführer des Vereins.)

Vorsitzender: Prof. Denker (Erlangen).

Als Ort der nächsten Tagung, die am Donnerstag vor Pfingsten 1910 stattfinden soll, wurde Leipzig gewählt.

A. Horn (Bonn): Die Behandlung operirter Nebenhöhlen.

Auf Grund des Erfolges von 24 Stirn- und Siebbeinoperationen, die im Wesentlichen nach der Killian'schen Methode ausgeführt wurden, empfiehlt H. das Princip des negativen Druckes anzuwenden, um dadurch von dem Zeitpunkt der Entfernung des Tampons bis zur vollständigen Heilung eine vollständige und absolute Drainage zu erzielen. Er glaubt, diesen Erfolg allerdings nur dann erwarten zu dürfen, wenn 1. durch vorhergehende Eingriffe alle Polypen, Bullae, leicht zugängliche vordere Siebbeinzellen und Eiterungen anderer Höhlen beseitigt sind; 2. wenn die Operation absolut radical ausgeführt ist, so dass nicht eine einzige erkrankte Siebbeinzelle oder verdickte Stirnhöhlenschleimhaut zurückbleibt; 3. wenn durch wiederholtes tägliches Absaugen mit einer dem betreffenden Fall angepassten Druckhöhe das Operationsgebiet von Anfang bis zum Ende von dem Secret freigehalten wird. Nach H.'s Ansicht hat die Saugbehandlung eine verzögernde Einwirkung auf die Tendenz der Drainageöffnung, sich zu verkleinern. Misserfolge treten besonders dann ein, wenn eine Ozaena mit Nebenhöhlenkrankheiten combinirt sich vorfindet. In diesen Fällen zieht sich die Nachbehandlung von Woche zu Woche hin und es wird Secret gewöhnlich am Nasenboden gefunden, dessen Ursprung schwer zu bestimmen ist. Durch Abschluss der in Betracht kommenden anderen Nebenhöhlen sowie durch Bepulvern der Nasenschleimhaut mit Aristol ist es möglich, festzustellen, ob es sich auf der Nasenschleimhaut selbst oder in einer der Nebenhöhlen bildet. Die künstliche Drainage der Nebenhöhle durch Ansaugen bietet nach Ansicht des Autors einen bedeutenden Vortheil in der Behandlung dieser Krankheiten.

A. Schoenemann (Bern): Demonstration neuer Nasenspecula.

Bei dem Cramer'schen resp. Killian'schen Nasenspeculum haben sich gewisse Uebelstände gezeigt, denen durch eine Sperrvorrichtung und durch kurze Griffe am linken Speculumlöffel begegnet werden soll. Der sehr einfache Gebrauch des Speculums ist folgendermaassen: Einführen der geschlossenen Nasenlöffel, Oeffnen und Feststellen derselben, weitere Handhabung des selbstständig geöffnet bleibenden Instrumentes während der Operation vermittelst der beiden seitlichen Löffelgriffe. Die Instrumente werden fabricirt bei Schärrer, A.-G., Bern.

---

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei Curt Kabitsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

Derselbe: Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ozaena.

Sch. hatte früher die Vermuthung geäussert, dass die Ozaena eine dem Eczem und seinen Folgen an die Seite zu stellende Nasenschleimhauterkrankung darstelle. Weitere Beobachtungen haben ergeben, dass Ozaenakranke nicht selten gleichzeitig an Eczem der äusseren Haut litten, doch kann von einem gesetzmässigen Zusammentreffen auf Grund der Beobachtung von etwa 50 Ozaenafällen nicht die Rede sein. Hingegen scheint scheint die interne oder besser noch die subcutane Anwendung des Arsens in möglichst grossen Dosen zweifellos einen günstigen Einfluss auf die andauernde Besserung der Ozaena auszuüben. Allerdings kann dabei die locale Behandlung nicht entbehrt werden. Bei zwei Fällen stellte ferner Sch. bei Kranken, die mit Ozaena behaftet waren, die irrthümliche Diagnose auf eine Kieferhöhleneiterung. Nach breiter Eröffnung von der Fossa canina aus stellte sich zwar die Diagnose als falsch heraus, doch nahm von da an die Ozaena einen sichtlich milderen zur Heilung tendirenden Charakter an. Sollte sich eine solche breitere Eröffnung des Sinus maxillaris bei genuiner, d. h. nicht durch Sinusitis complicirter Ozaena bewähren, so wäre der Vorschlag, die Therapie dieser Krankheit mit breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus zu beginnen, wohl gerechtfertigt.

Discussion: Polatschek, Winckler, Wassermann, Möller.

Winckler (Bremen): Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterungen.

Zerstörungen der Kieferwände durch relativ gutartige Affectionen der Highmorshöhle constatirte W. in den letzten Jahren: 1. bei einem dentalen chronischen Empyem, 2. bei einer Zahncyste, 3. bei einer Cholesteatombildung in der Kieferhöhle.

1. Fall: 19jähriger Patient, der seit 2 Jahren an einer Fistel zwischen den beiden linken oberen Schneidezähnen leidet, die fortdauernd zahnärztliche Behandlung nothwendig macht. Links von der Raphe des Gaumens hängt die Schleimhaut des Gaumens sackförmig in den Mund hinein. Bei Durchleuchtung zeigt sich der linke Oberkiefer dunkel, während der rechte gut lichtdurchgängig war. Incision des Abscesses am Gaumen brachte keine Heilung. Es ergab sich vielmehr bei weiterer Untersuchung eine Abscesshöhle, in der die Wurzeln beider Schneidezähne sowie die Innenseite des Eckzahnes, umgeben von Granulationen, frei lag. Extraction der Schneidezähne, Auslöffelung der Granulationen. Oberhalb der Abscesshöhle wird die verdickte Mucosa der Highmorshöhle sichtbar. Die Knochenplatte des Gaumens war bis über die Mitte hinaus zerstört. Abbrechen der Operation infolge Störung der Narkose. Später Schnitt in die verdickte Kieferhöhlenschleimhaut, Entleerung dickschleimiger, eitriger Flüssigkeit, breite Freilegung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Entfernung ber Kieferhöhlenschleimhaut, soweit sie der Abscesshöhle anlag, Abtragung der lateralen Nasenwand unterhalb der Nasenmuschel und eines Stückes des knöchernen Nasenbodens unter sorgfältiger Schonung der Schleimhaut. Spaltung der Nasenschleimhaut dicht unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel, Bildung eines Schleimhaut-

lappens, der nach unten geschlagen wurde, damit er mit dem Periostüberzug des zerstörten Gaumengewölbes verwachse.

Nach sorgfältiger Versorgung der Wunde schnelle Heilung.

2. Fall: 10jähriger Knabe. Vorderfläche der rechten Wange durch einen kindsfaustgrossen Tumor vorgetrieben. Punction des Tumors ergab eine gelblichrothe, trübe, mit zahlreichen Flocken vermischte, seröse Flüssigkeit, die keimfrei war und mikroskopisch neben zahlreichen Cholestearinkrystallen rothe Blutkörperchen, Leukocyten und Epithel aufwiesen. Breite Spaltung über der Vorwölbung im Munde. Ablösung des Periosts nach oben und unten, worauf die enorm vorgetriebene faciale Antrumwand bis an die Infraorbitalwand freipräparirt wurde, ebenso ausgedehnte Abtragung der facialen Antrumwand mit Schonung der unter ihr befindlichen schwappenden Geschwulst. Die Cyste, die in der Gegend der Backenzähne dem Boden fest aufsitzt, sich im Uebrigen von der Kieferhöhlenschleimhaut ablöst, wird herauspräparirt. Heilung in 3 Wochen. Controlirt nach einem Jahr.

3. Fall: 28 Jahre alter Arbeiter mit Klagen über Eiterung aus der rechten Nasenhöhle und einer anscheinend periostalen Anschwellung über dem rechten Oberkiefer, die sich angeblich in den letzten zwei Tagen unter Schmerzen entwickelt hatte. Thränen des rechten Auges. Conjunctiva bulbi und palpebralis geröthet. Schwellung des unteren Lides, eingedickter Eiter in rechter Nase. Bei der Operation von der Fossa canina aus übelriechender Eiter. Nach Reinigung der Höhle findet sie sich mit weissen, etwas glänzenden Massen angefüllt, die sich besonders im lateralen Antrumswinkel und hinter dem Jochbein zu einem grossen Tumor angehäuft hatten. Ihre Entfernung mit dem scharfen Löffel ist besonders in der Jochbeinbucht schwierig, so dass der untere Rand des Jochbeins abgetragen werden musste. Eine Zahnwurzelerkrankung am Boden des Antrum Highmori wurde vermisst. Weitere Eröffnung der lateralen Nasenwand. Bisher keine Anzeichen von Recidiv.

Marx (Heidelberg): Aetiologisch interessanter Halsabscess.

68jähriger Patient, der seit 3 Wochen über Schmerzen hinter dem rechten Ohr klagte. Eine reichlich Eiter entleerende Fistel etwa vor der Mitte des Processus mastoideus. Die Umgebung derselben geröthet und etwas infiltrirt. Bei Sondenuntersuchung kein rauher Knochen. Ausserdem rechts complette Facialislähmung. Trommelfell blass. Bei Operation mittels Weichtheilschnittes durch die Fistel Processus normal. Die Zellen desselben normal. Ein Fistelgang führt in einen grösseren Hohlraum, der etwas medial vom Processus styloideus belegen ist. In dieser Höhle dicker Eiter mit zwei in Granulationsgewebe eingebetteten Aehrengrannen. Ausräumung des Inhaltes, Heilung. Facialislähmung besteht fort. Die Anamnese ergab späterhin, dass es sich in diesem Falle um die Durchwanderung eines Fremdkörpers vom Pharynx nach aussen zum Processus styloideus handelte.

Rud. Hoffmann (München): Alkoholinjection des Nervus laryngeus superior.

Angeregt durch die Erfolge Schlösser's mit Alkoholinjectionen bei Neural-

gie hat H. diese Injectionen bei Schluckschmerzen der Kehlkopf-Tuberculösen angewendet, nachdem schon früher Braun und Valentin Cocainlösung zur Erzielung einer vorübergehenden Anästhesie bei kurz dauernden Operationen angewendet hatten. Patient wird horizontal gelagert, mit dem Daumen der linken Hand die gesunde Larynxhälfte medianwärts gedrängt, damit die kranke Hälfte des Kehlkopfgerüstes deutlich prominirt. Der Zeigefinger geht in dem Raum zwischen Schildknorpel und Zungenbein nach aussen, bis der Patient die schmerzende Stelle als getroffen meldet. Man hält nun den Nagel des Zeigefingers auf der sorgfältig desinficirten Haut so fixirt, dass die Eintrittsstelle für die Nadel gerade vor seiner Mitte liegt. H. geht $1^1/_2$ cm tief senkrecht zur Körperoberfläche ein. Die Nadel wird vorsichtig bewegt, bis der Patient angiebt, dass er Schmerz im Ohr empfindet. Injection 45^0 warmen 85proc. Alkohols. Entfernung der Nadel, Collodiumverband. Ueble Zustände sind nicht bemerkt, doch bedarf es einer eigenen nach Schlösser's Muster angefertigten Spritze. Der Patient ist sofort nach der Injection im Stande, feste Speisen ohne Beschwerden zu sich zu nehmen. Die Dauer der Analgesie ist verschieden. Sie schwankt zwischen 6 und 40 Tagen. H. hält das Verfahren für sehr empfehlenswerth.

Discussion: Avellis: A. hat, da ihn die Resultate der Alkoholinjection nicht vollkommen befriedigten, bei einem Fall von sehr schwerer Phthise mit geringem Lungenbefund den N. laryngeus sup. in einem Zwischenraum von 9 Tagen beiderseits resecirt. Das gelang ohne Schwierigkeit, da durch den mageren Hals des Kranken die Arterie leicht durchzufühlen war. A. theilt dann seine Erfahrungen über Alkoholinjectionen bei supraorbitaler Neuralgie mit. Auch hier war der Dauererfolg nicht immer befriedigend, so dass A. zur Resection des N. supraorbitalis schreiten musste.

Kahler (Wien): Zur Casuistik der primären Trachealcarcinome.

K. berichtet über zwei Fälle. Der erste Fall betrifft einen 61jährigen Schlosser, der 1907 bereits von v. Schrötter tracheoskopirt und mit Hülfe eines gefensterten Rohres, welches die Geschwulst für die Operation fixirte, operirt war. Die entfernten Stückchen ergaben Cylinder-Zellen-Carcinom. Erneute Athemnoth führte den Kranken wieder der Klinik zu, wo sich ein das Lumen der Trachea fast verschliessender, höckriger, grau-röthlicher Tumor fand, der scheinbar breitbasig aufsitzt. Bei Berührung mit der Pincette ergab es sich, dass der Tumor nicht so breitbasig aufsass, wie es zuerst den Anschein hatte. Es wurde deshalb der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, nachdem er durch eine gleichzeitig eingeführte Hakenpincette in diese hinein und zugleich vor der Aspiration in den Bronchus bewahrt war. Die Entfernung eines Stückes von über 2 cm Länge, 1,5 cm Breite und 1 cm Dicke gelang leicht. Blutung gleich Null. Nach 6 Tagen Entfernung eines beträchtlichen zurückgebliebenen Stückes. Entfernung der Reste des Tumors mit Landgraf'scher Doppelcürette und gründliche Verschorfung des Grundes mit dem Flachbrenner. Bis heute Heilung.

2. Fall. 52jährige Tagelöhnersgattin, bei der 1897 schon ein im 4. Trachealring sitzender breitbasiger Tumor entfernt war, unter Leitung des Larynxspiegels. Da es sich um ein Recidiv handelte, schlug man bei der späteren Aufnahme der

Patientin die Tracheofissur vor, die Angesichts des hohen Sitzes der Geschwulst aussichtsreich gewesen wäre. Ablehnung der Operation. Der Versuch, die breitbasige Geschwulst mit der Schlinge abzutragen, misslang zunächst, darauf heftiger suffocatorischer Anfall. Entfernung der Tumormassen durch Röhrenspatel. Die ziemlich heftige Blutung durch Cauter gestillt. Patientin verlässt das Spital bei vollkommenem Wohlbefinden. Folgt Bericht über das histologische Bild der Tumoren.

Frers (Hamburg): Studien über die postembryonale Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase.

Nachdem Killian die embryonale Entwickelung der Nebenhöhlen um einen grossen Schritt weiter gebracht hat, glaubt F. versuchen zu sollen, die postembryonate Entwickelung der Nebenhöhlen einer Betrachtung unterziehen zu sollen und sucht für deren Entstehung eine Erklärung. Er findet dieselbe u. a. in einem rein physikaliscken Factor, nämlich in den Druckschwankungen in der Nase, vor allem durch den Exspirationsdruck. Für diese Theorie spricht 1. der Umstand, dass das Hauptwachsthum der Nebenhöhlen einsetzt nach der Berührung mit dem Luftdruck und dessen Schwankungen. Bei der Geburt sind nur Anlagen vorhanden. 2. Die Beobachtung, dass nach dem Naturgesetz Organe, welche keine Funktion mehr haben, schrumpfen, sich zurückbilden. 3. Glaubt F. für seine Annahme die Aehnlichkeit verwerthen zu sollen, welche die ausgebildeten Nebenhöhlen in der Form mit wirklich durch Luftdruck (Exspirationsdruck) entstandenen Hohlräumen, z. B. den Lungencavernen, haben. 4. Spricht dafür die Richtung des In- und Exspirationsstromes und die anatomischen Verhältnisse, welche er nach der Geburt vorfindet. 5. Auch die Auskleidung der Nebenhöhlen kann für eine derartige Entstehung sprechen. Ferner sprechen klinische und pathologische Beobachtungen für die Annahme, dass die Luftdruckschwankung bei der Bildung der Nebenhöhlen eine bedeutende Wirkung ausüben kann. Alle diese verschiedenen Punkte werden weiter ausgeführt, eignen sich aber nicht zu kurzem Referat.

Discussion:

Schoenemann führt die Bildung der pneumatischen Nebenhöhlen zunächst auf das Einwachsen mehr oder weniger solider Epithelzellen in die Tiefe zurück. Sie differenziren sich später zu einem lufthaltigen Sack. Er glaubt, dass der Entwickelungsmodus der pneumatischen Gesichtshöhlen principiell nicht unter einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten ist, als die Pneumatisation der übrigen Knochen, speciell derjenigen des Felsenbeines, bei welchem eine unmittelbare Folge des Respirationsdruckes nicht in Frage kommen kann.

Killian weist darauf hin, dass diese schwierige Frage nur auf Grund eigener Untersuchungen und des Beherrschens der Literatur gelöst werden könne. Die Ausbildung der thierischen und menschlichen Körperformen wird in erster Linie von den Gesetzen der Phylogenese und Ontogenese beherrscht. Die Luftdruckeinwirkungen können kaum formativen Werth besitzen. Eine grosse Reihe von Beispielen aus der Thierwelt zeigt, dass es Nebenhöhlen giebt, bei denen die Einwirkung des Luftdruckes von vornherein ausgeschlossen ist.

Mann (Dresden): Demonstration von Moulagen, die nach Spiegelbildern des Nasenrachenraumes angefertigt sind.

Im Verfolg seiner früheren Arbeiten über das Bild des Nasenrachenraumes zeigt Vortragender ausserordentlich instructive Moulagen, die er im Verein mit einem Künstler angefertigt hat.

Derselbe: Demonstration von Bildern und Photographien nach Sectionsbefunden bei solchen Fällen, die in vivo tracheobronchoskopirt waren.

Fall 1. Mann in den 50er Jahren mit seit Monaten zunehmenden Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Athemnoth. Klinischer Befund: Mässige Struma, doppelseitige Recurrenslähmung, in- und exspiratorischer Stridor. Tracheoskopie. Direkt unterhalb der Glottis leicht höckeriger Tumor, von der Hinterwand ausgehend, der noch einen schmalen Spalt freilässt. Diagnose: Maligner Tumor, der in Trachea und Oesophagus gleichzeitig hineingewachsen ist. Section ergab grosses Sarkom, das von der Struma zwischen Luft- und Speiseröhre hineinwuchs.

Fall 2. 60jährige Frau. Kachexie seit 3 Wochen, Knochen an linker Halsseite, Erstickungsanfälle. Klinischer Befund: Eitriger Auswurf ohne Bacillen. In der Gegend der Schilddrüse harter Knoten. Alte luetische Narbe am weichen Gaumen. Linke Spitze suspect. Tracheoskopischer Befund: Dicht oberhalb der Glottis linke Trachealwand weit ins Lumen vorspringend, tief hinabreichend. Entzündungserscheinungen der ganzen Schleimhaut. Im rechten Bronchus derselbe Befund, links nicht einstellbar. Diagnose: Tertiäre Lues, Gumma am Halse, in der Trachea und Lunge. Section: Alte Lungentuberculose, in linker Spitze abgeschlossene Caverne, grosse substernale Struma, die die Trachealstenose bewirkt.

Fall 3. 30jähriger Mann. Klinischer Befund: Stridor, mittelgrosse Struma, Einziehung der Supraclaviculargruben, Lungenemphysem. Zweiter Pulmonalton verstärkt. Röntgenbefund: Starke Verbreiterung des Aortenschattens, Wassermann positiv. Tracheoskopischer Befund: Trachea auffallend weit. Bei weiterem Vorgehen verschwindet in der Gegend der Bifurcation das Lumen total. Untersuchung aufgegeben. Diagnose: Aneurysma arcus aortae. Section bestätigt dieselbe.

Fall 4. 48 Jahre alte Frau. Husten, Athemnoth, Schluckschmerzen, Zurückkommen genossener Speisen, Blutbrechen. Tracheoskopischer Befund: 20 cm oberhalb der zu erwartenden Bifurcation unregelmässiger Tumor, von der Hinterwand ausgehend. Blick in die Tiefe unmöglich. Oesophagoskopischer Befund: In 24 cm Tiefe an der Verderwand ulcerirter Tumor. Diagnose: Kleines Oesophaguscarcinom, das von der vorderen Wand der Speiseröhre in die Trachea hineingewuchert war. Exitus unter Fieber. Pleuraerscheinungen. Section ergab den in die Trachea und die Hauptbronchien hineingewucherten Tumor. Perforation des rechten Hauptbronchus, eitrige Pneumonie im rechten Unterlappen.

Fall 5. 56jährige Dame. Befund: Auffallende Verbreiterung des Sporns der Trachea. Weiter in der Tiefe verengt sich der Bronchus derartig, dass Tubus festsitzt. Diagnose: Da Augenarzt eine Papillenaffection für luetisch hielt, specifische Behandlung. Scheinbare Besserung, dann Zunahme der Beschwerden. Später Beckentumor. Exitus nach einem halben Jahre. Das Bild der Präparate

zeigt Bronchus in Carcinommasssen eingebettet, desgleichen die intrabifurcalen Drüsen carcinomatös. Knochenmetastasen.

Fall 6. 55jähriger Mann. Athemnoth, plötzliche Heiserkeit. Befund: Inspiratorisches Stenosengeräusch, Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Links hinten unten handbreit leichte Dämpfung. Tracheoskopischer Befund: In der Gegend der Bifurcation wölbt sich die Hinterwand leicht vor. Daselbst Pulsation. Lumen des linken Hauptbronchus verengt. Bei weiterem Vorgehen bei 9 mm-Tubus zeigt sich der linke Bronchus in der Tiefe von 30,5 cm durch Vorbauchung seiner medialen und unteren Wand fast verschlossen. Diagnose: Stenose der Lymphdrüsen durch Anthracose. Sectionsbefund: Carcinom des linken Hauptbronchus.

Fall 7. Ueber Lungen Schall rechts ein wenig kürzer als links, überall vesiculäres Athmen mit Trachealbeiklang. Röntgenbild im Hilusschatten besonders rechts zahlreiche dunkle Flecken. Tracheoskopischer Befund: Mässige Vorwölbung der Hinterwand in der Gegend der Bifurcationszone stark verbreitert. Eingänge der Bronchien verengt. Starke Neigung zu Blutung daselbst. Untersuchung der tieferen Wege unmöglich. Diagnose: Carcinom der Trachea, auf Bronchien und rechten Lungenhilus übergreifend. Durch Section bestätigt.

Fall 8. 62jährige Frau. Seit 2 Jahren Anfälle von Athemnoth, in letzter Zeit Heiserkeit, Abmagerung. Im Epigastrium apfelgrosser Tumor zu fühlen. In rechter Mamma kleine harte Stelle. Verhärtung und Vergrösserung der Achseldrüse. Tracheoskopischer Befund: Carina fehlt fast völlig, derartig ist die Theilungsstelle verbreitert. Hauptbronchien verengt. Eindringen unmöglich. Diagnose: Metastasen eines Carcinoms an der Theilungsstelle der Bronchien. Durch Section bestätigt.

Fall 9. 35jähriges Fräulein. Nicht tracheoskopirt. Kam mit Diagnose Emphysem ins Spital. Befund: Hochgradige Dilatation des grossen Bronchialbaums, so dass an einer Stelle die Pars membranacea der Trachea 4,5 cm, die Pars cartilaginea 5 cm breit ist. In den Bronchien ähnliche Verhältnisse.

Discussion:

Killian (Freiburg): Die vom Vortragenden erhobenen Befunde sind für die Diagnostik der tieferen Luftwege von grosser Bedeutung und sollten fortgesetzt werden.

Ehrenfried (Kattowitz) berichtet über zwei Fremdkörperfälle und weist darauf hin, dass Fremdkörper häufig ihre Lage im Bronchialbaum wechseln.

Schilling (Freiburg) berichtet ausführlich über einen Fremdkörperfall, bei dem gleichzeitig Pemphigus des Mundes und der äusseren Haut bestand.

Katz (Kaiserslautern): Demonstration eines Sarkoms der Nasenscheidewand.

Auf Grund eines strittigen Falles bespricht K. die Schwierigkeit der histologischen Diagnose der endonasalen Sarkome mit dem Hinweis, dass es von besonderer Bedeutung ist, ein Stück des Tumor, das möglichst von der Schleimhautoberfläche entfernt ist, histologisch zu durchforschen, da die Schleimhaut nasaler Tumoren, die dem Naseneingang sehr nahe sind, Veränderungen eingehen kann, die Sarkomen zum Verwechseln ähnlich sind. Demonstration eines histologischen Präparates von Spindelzellensarkom. (Eigene Beobachtung.)

Derselbe: Demonstration eines Rundzellensarkoms der Uvula. Beschreibung der Operationsmethode.

Discussion: Rödiger (Landau).

Siebenmann (Basel): Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose in den Jahren 1903—1908.

66 Laryngo-Phthisiker, die sämmtlich Zeichen von Lungentuberculose boten, wurden im März und April 1909 zur Controle einberufen. Es ergab sich: Gestorben 24,36 pCt., nicht controlirbar 17,26 pCt., controlirt 25,38 pCt. Gänzlich geheilt erwiesen sich 14,56 pCt. der Controlirten, mit Recidiven erschienen 11,44 pCt. Von diesen 11 Geheilten, die über ein Jahr nach der Operation controlirt werden, sind 6 vor 1—5 Jahren, 4 vor 1—2 Jahren operirt. 3 Fälle davon waren diffuse Larynxinfectionen. S. glaubt unter den nicht zur Controle erschienenen auch noch mehrere Geheilte vermuthen zu sollen. Betrachtet man die Heilungsziffer mit Ausschluss der nicht zur Controle gelangten und der weniger als ein Jahr controlirten, aber mit Einschluss sämmtlicher Gestorbenen, so finden sich 11 Geheilte und 13 Operirte, also in 28 pCt. keine Heilung nach einem Jahr und länger constatirt. Bei 6—15 pCt. treten Recidive auf und 22, d. h. 57 pCt. sind gestorben. Die Methode, welche S. befolgt, wird des Näheren beschrieben. Als etwas Neues ist dem üblichen galvanokaustischen Verfahren hinzugefügt die Anwendung von Luftinsufflation, um die starke Rauchentwickelung beim Arbeiten mit dem Kauter zu vermeiden. Von üblen Zufällen wurden bemerkt Auftreten von Schling- und Würgbewegungen, die exactes Arbeiten und Vermeiden von Nebenverletzungen unmöglich machten. Leichte Cocainintoxication bei einem Fall, in dem unterhalb der Glottis kauterisirt wurde, stärkere Blutung und bedrohliches Emphysem des Mediastinums in der äusseren Haut ohne schädliche Folgen, einige Male Oedem. Die Behandlung sollte im Spital vorgenommen werden. S. glaubt, die Behandlung mit dem Kauter empfehlen zu sollen.

Brünings und Albrecht: Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose.

Um die Wirkung der in den letzten Jahren therapeutisch vielfach benutzten ultravioletten und Röntgenstrahlen näher zu studiren, haben B. und A. Kaninchen vermittelst Röhrenspatel mit auf Bacillengehalt untersuchten menschlichem Sputum im Kehlkopf inficirt. Ein Theil der Thiere erlag reactiven Schwellungen, Pneumonie oder Miliartuberculose. Die Ueberlebenden wurden am Ende der 2. oder 3. Woche der Bestrahlung unterworfen, die ausnahmslos am laryngotomirten Thiere von aussen vorgenommen wurde. Es war dies deshalb nothwendig, weil eine Bestrahlung auf natürlichem Wege mit exacter Berührung beim Kaninchen schon deshalb ausgeschlossen ist, weil dabei nicht nur die einfallende Bestrahlungsintensität, sondern auch der Einfallswinkel von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach näherer Besprechung der physikalischen Begründung der Actinotherapie kommt Br. zu dem Resultat, dass die Verwendung gewöhnlichen Sonnenlichtes deshalb aussichtslos ist, weil die photo-chemische Intensität in ihr so gering ist, dass erhebliche Tiefenwirkungen nicht zu erwarten sind. Es steht jedenfalls fest, dass alle bekannten photographisch wirksamen Lichtarten an Durchdringungs-

vermögen auch der weichsten Röntgenbestrahlung durchaus nachstehen und dass bei deren zweifellos electiver Wirkung von vornherein günstigere therapeutische Erfolge zu erwarten sind.

Albrecht demonstrirt Bilder der auf genannte Weise inficirten und behandelten Kehlköpfe von Kaninchen. Er kommt zu dem Resultat, dass der Werth der Sonnenlichttherapie im Ganzen gering war. Das Gleiche gilt von der Quarzlampe. Hingegen ergaben die Röntgenstrahlen bedeutend bessere Resultate. Die Heilwirkung war auch bei schweren zum Theil mit Perlsuchtbacillen erzeugten Tuberculosen des Kaninchens deutlich erkennbar.

Brünings: Bemerkung über die Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes (mit Demonstration).

Vortragender stellt mit aller Bestimmtheit den Satz auf, dass noch niemals ein menschlicher Kehlkopf in einer den physikalischen und biologischen Voraussetzungen der Röntgenlehre genügenden Weise bestrahlt wurde. Er will deshalb die bisherigen laryngo-röntgenologischen Versuche einer Kritik unterziehen und stellt als Hauptforderung für eine wirksame Bestrahlung von Krankheitsprocessen in Körperhöhlen folgende Punkte auf: 1. Vorhandensein ausreichender Radio-Sensibilitäts-Differenzen, 2. Focusabstand von höchstens 20 pCt. Differenz, 3. Strahlenqualität von ausreichender Tiefenwirkung, 4. therapeutisch wirksame Dosis. Die Wege, auf denen eine wirksame Bestrahlung des Kehlkopfes erreicht werden kann, sind vierfache.

1. Die Innenröhre. Dieselbe hat die Gefahr schwerer Verbrennung und den Nachtheil, dass die Dosirung höchst unsicher ist, denn Radio-Sensibilitäts-Unterschiede, welche den hier in Betracht kommenden Entfernungsdifferenzen entsprechen, kommen überhaupt nicht vor.

2. Das Princip der Aussenröhre, d. h. diejenige Anordnung, bei der die aussen entstehenden Röntgenstrahlen durch einen eingeführten geraden Tubus in den Kehlkopf projicirt werden, deren Technik und Schwierigkeiten näher ausgeführt werden.

3. Die Percutanbehandlung. Bei dieser kann, da der Absorptionsgrad gewöhnlicher Strahlungen in oberflächere Schichten zu gross ist, eine wirksame Dosis ohne Oberflächenschädigung nicht in die Tiefe erzielt werden. Es bedarf deshalb härterer penetranter Strahlenarten, zu deren Erzeugung man zweckmässig mittelharte Strahlen durch Scheiben filtrirt oder in der Einschaltung grösserer Röhrenabstände. Die Operativbestrahlung endlich spielt practisch keine grosse Rolle.

Br. Lommt daher zu dem Resultat, dass das Aussenröhrenverfahren, bei welchem Localisirung und Dosirung streng durchführbar sind, vorzuziehen ist, trotz seiner nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten.

Derselbe: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperation.

Um gewissen Schwierigkeiten bei Ausführung der Laryngoskopie zu begegnen, hat Br. einen Gegendruck-Autoskop hergestellt, dessen Vorzüge sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen lassen: 1. Die Autoskopirbarkeit wird sehr ge-

steigert, vielleicht bis 100 pCt. 2. Der grösste Werth ist zu legen auf die Eigenschaft des Gegendruckverfahrens, dass die Erhaltung der Einstellung selbstthätig erfolgt. 3. Die Methode ermöglicht eine beträchtliche Erweiterung des autoskopischen Gesichtsfeldes, weil sich ohne Ueberschreitung des zulässigen Druckes wesentlich dickere Röhren anwenden lassen. Die näheren Ausführungen bedürfen zu ihrer Erläuterung der beigegebenen Zeichnungen.

Derselbe: Demonstration neuer diagnostischer und therapeutischer Hülfsmittel und deren Anwendung.

1. Kopflichtbad. Zurückgreifend auf früher publicirte Mittheilungen betont Br., dass die früher aufgestellten Indicationen der Anwendung des Kopflichtbades bei Nebenhöhleneiterung wesentlich zu erweitern ist. Die früher aufgestellte Hypothese, dass bei der Anwendung des Kopflichtbades durch Erweiterung der Nase die Abflussverhältnisse der Nebenhöhlen verbessert würden, ist nicht mehr haltbar. Man muss vielmehr annehmen, dass die Secretion als solche durch die heftige Hyperämie gesteigert wird.

2. Untersuchungslampe. Br. ist zu dem Resultat gelangt, dass als brauchbarste Lampen anzusehen sind: a) der Auer'sche Glühstrumpf in der Form des hängenden Lichtes, also mit nach unten geschlossenem Strumpf, b) eine geeignete Umarbeitung des Nernstlichtes, deren wichtigster Bestandtheil ein Lichtfilter ist in Gestalt einer kleinen, dicht vor dem Glühkörper angebrachten farbigen Scheibe. Die ungeeignete Form des Nernstlichtes ist durch eine ganz dicht vor dem Brenner angebrachte Mattscheibe aus Opalglas, deren homogene Beleuchtung ein hinter dem Brenner befindlicher Parabolspiegel bewirkt, sehr vollkommen beseitigt.

3. Gummischwamm-Tamponade. Die Gummischwamm-Tamponade, welche Br. zur Nachbehandlung von Nasenoperationen eingeführt hat, hat sich weiter sehr gut bewährt. Seine Anwendung ist auch bei Druckverbänden und bei Dauerdilatationen, laryngealen und trachealen Stenosen mit bestem Erfolge zu verwenden. Er wird in 5proc. Borlösung aufbewahrt und kommt im nassen Zustande zur Verwendung. Zur Sterilisation kommt, da der Schwamm aus öconomischen Rücksichten mehrmals zur Verwendung gelangt, folgendes Verfahren in Anwendung: a) Mechanische Reinigung mit warmem Wasser und Seife. b) Einlegen in 0,1—0,2proc. Sublimatlösung für 3—5 Tage. c) Aufbewahrung in Borlösung. Der Schwamm muss in den Lösungen mehrmals ausgedrückt werden, so dass er vollständig luftfrei wird und untersinkt. Sterilisation in Dampf kann die Sublimatlösung ersetzen, nicht aber die mechanische Reinigung.

4. Demonstration eines neuen Zungenspatels.

5. Eine neue Paraffinspritze. Spritze mit 2 ccm Fassungsvermögen zur Injection eines besonders für die Spritze hergestellten Präparates von 43° Schmelzpunkt. Sie ist ausser bei kosmetischen Operationen vielfach bei atrophischen Katarrhen und Ozaena angewendet worden. Doch wurde bei letzteren Heilung nicht erzielt.

6. Schlingentonsillotom. Die Exstirpation von Gaumenmandeln wird in der Killian'schen Klinik seit Jahren mit der kalten Schlinge ausgeführt, da

das Resultat der Operation gründlicher ist als mit den üblichen Tonsillotomen. Die Schnürkraft der neuen Schlinge, die jetzt seit etwa 2 Jahren in der Killianschen Klinik im Gebrauch ist und sich sehr gut bewährt hat, ist wesentlich grösser als bei den alten Modellen.

7. Zangengefässe zum Aufbewahren der Brünings'schen Zangen.

8. Feststellröhre. Dieselben bezwecken, das Innenrohr des Br.'schen Bronchoskopes am Aussenrohr zu fixiren. Diese sehr nothwendige Verbesserung ist geglückt durch Zahnung der am Innenrohre zum Verschieben desselben angebrachten Feder.

9. Pinselspritze. Sie besteht aus einer getheilten Recordspritze mit Dreiringengriff, an welche sich gerade und gebogene Watteträger anschrauben lassen. Die Watteträger sind durchbohrt, so dass man der Watte von dem Inhalt der Spritze zuführen kann.

10. Arzneimittelsonde. Dieselbe dient zur Einführung von Arzneimitteln, Cocain etc. in die Speiseröhre und beruht auf demselben Princip wie die Pinselspritze.

11. Dilatations-Oesophagoskop. Rationeller als die Zerkleinerung von Fremdkörpern, welche im Oesophagus sitzen und aus ihm entfernt werden sollen, erscheint die Dilatation der Speiseröhre. Br. hat daher ein Dilatations-Oesophagoskop construirt, bei dem die Dilatation durch einseitige Spreizung des entenschnabelförmigen Rohrendes erfolgt. Der Spreizungsgrad ist auf einer Skala ablesbar. Gegen eine übermässige Dehnung der Speiseröhre sind Sicherheitsmaassregeln im Instrument selbst getroffen.

Discussion zu Brünings: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie etc.

Edmund Meyer (Berlin) fragt an, ob seitens des Vortragenden die verhältnissmässig leichtere Autoskopirbarkeit festgestellt worden sei. Brünings bestätigt das.

Brünings (Freiburg): Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre sowie deren klinische Verwerthung. (Mit Demonstration.)

Um Aufschlüsse über die Topographie des Bronchialbaumes zu erlangen, injicirte Br. mit Hülfe der Endoskopie eine Metallaufschwemmung mit 30proc. Gelatine versetzt bei einer Temperatur von 60^{0} in die Luftröhre. Es erfolgten dann stereoskopische Aufnahmen nach einem Verfahren, das im Original näher nachzulesen ist. Dieselben wurden demonstrirt durch Anschauen mit Brillen in Complementärfarben (rothgrün), während die stereoskopischen Projections-Diapositive ebenfalls rothgrün gefärbt waren. Auf diese Weise erhält der Zuschauer ein gutes stereoskopisches Bild. Es werden orthostereoskopische Aufnahmen eines Schädels und des Bronchialbaums demonstrirt. Eine weitere Vorrichtung soll dem Uebelstande abhelfen, dass die Befunde innerhalb des Bronchialbaumes, wie sie mit der Endoskopie gewonnen werden, sehr schwer auf die Körperoberfläche zu projiciren sind. Br. hat zu diesem Ende einen Trachographen construirt, der an den Griff seines Elektroskopes angehängt wird. Es gelingt mit diesem, wie an einem

Beispiel gezeigt wird, die gesammte-Trachea mit Bifurcation auf die Brustwand aufzutragen und die pathologischen Befunde genau nach ihrer Lage festzustellen. Wichtiger noch sind Feststellungen bestimmter Bronchialstellen, wenn es sich darum handelt, Lungenfremdkörper festzustellen oder die Localisation von Lungenabscessen, Bronchiectasien, Fisteln etc. für einen Eingriff von aussen genau zu localisiren. Br. verspricht sich von der weiteren Ausführung dieser Versuche grosse Vortheile für die Lungenchirurgie.

Edmund Meyer (Berlin): Klinische Erfahrungen beim erschwerten Decanulement.

Vortragender unterscheidet hauptsächlich zwei Gruppen von Fällen, bei denen das Decanulement erschwert ist: 1. diejenigen, in denen die Entfernung der Canüle durch die Tracheotomie und ihre Folgen verhindert wird; 2. solche, bei denen die ursprüngliche Erkrankung selbst bleibende Veränderungen im Luftrohr gesetzt hat, die die Entfernung der Canüle auf die Dauer unmöglich machen. In Bezug auf den Ort der Tracheotomie, ob obere oder untere, kommt es weniger auf das Wo, als auf das Wie an. Ist man gezwungen, um jeden Preis die Luftröhre schleunigst zu eröffnen, so kommt es leicht später zu Complicationen. Besonders ungünstig ist die Durchscheidung des Ringknorpels. Auch die Form der Canülen ist von grosser Bedeutung. M. konnte in seinen Fällen bei genauer Untersuchung ausnahmslos organische Veränderungen ausfindig machen. Bei der Behandlung kommt in Betracht die Intubation, die vielfach gute Erfolge giebt, besonders haben sich die mit Alaun-Gelatine überzogenen Tuben bewährt. Bei Verletzung des Ringknorpels ist unter Umständen tiefe Tracheotomie angezeigt, ehe man zur Intubation schreitet. Schornsteincanülen haben niemals Nennenswerthes geleistet, während Hartgummi-Bougies oder Zinnbolzen das Hinderniss beseitigen konnten. Bei Narbenbildung hat Erweiterung der Trachealwunde mit Entfernung der Narbe von der Wunde aus zu vollem Erfolge geführt. Allerdings ist anschliessendes Dilatationsverfahren nöthig. Laryngofissur wurde nur einmal gemacht. Vollständige Heilung unter Intubationsbehandlung.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) tritt für Gebrauch der Glascanülen ein. Die Spaltung der Trachea und des Larynx muss allerdings ziemlich ausgiebig erfolgen. Gummischläuche erfordern eine weniger grosse Oeffnung. K. hat sie in letzter Zeit mit Regenmantelstoff umkleben und umnähen lassen, dessen freie Enden als Canülenbänder dienen.

Mann (Dresden) berichtet von einem zur Zeit in Behandlung befindlichen Falle.

Ehrenfried (Kattowitz) sah einen Fall bei einem Kinde, wo das Decanulement unmöglich war, weil eine Erschlaffung und Vorwölbung der hinteren Trachealwand stattgefunden hat.

Killian (Freiburg) weist ebenfalls auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung hin. Bei kleinen Kindern tritt nach Spaltung des Ringknorpels in der Regel eine schwer zu beseitigende subglottische Schwellung ein. In solchen Fällen muss sehr langsam vorgegangen werden. Am geeignetsten erscheinen weiche

Gummiröhren in T-förmiger Gestalt von passender Dicke. Bei stärkeren Narbenstenosen und Verwachsungen wird am besten Laryngofissur ausgeführt. Zur Nachbehandlung eignen sich Gummiröhrchen. In neuerer Zeit hat K. die Einlage von Gummischwammstreifen versucht, die sich anscheinend gut bewähren. Die Stenosen, welche am unteren Ende der Canüle durch langes Tragen derselben hervorgerufen werden, behandelt er am besten durch Gummischlauchcanülen.

Wiebe (Dresden) empfiehlt bei liegender Canüle die geknüpften elastischen Harnröhrenbougies. Er weist darauf hin, dass die Decubitalgeschwüre, welche er beobachtete, fast alle auf der linken Seite gelegen waren.

Denker (Erlangen) empfiehlt die Killian'schen Canülen aus Gummi. Mit Mikulicz'schen T-Canülen aus Glas hat er weniger gute Erfahrungen gemacht.

Henrici (Aachen): Gastroskopie.

Ihr muss eine genaue Untersuchung des Körpers, Herz (Aorta) und eine Sondirung der Speiseröhre vorausgehen, ferner eine gründliche Ausspülung des Magens. Das Spülwasser muss vollkommen entleert werden. Patient erhielt vorher 0,01 Morphium, Pinselung der Rachenwände und der Gegend hinter dem Ringknorpel mit Cocain-Adrenalin wie bei Oesophagoskopie. H. führt das halbstarre Rohr zunächst auf dem Untersuchungstisch in sitzender Stellung ein, später horizontale Lage. In dieser wird das starre Rohr langsam nachgeschoben, bis es sicher den Ringknorpel passirt hat. Entfernung des Mandrins, Aufsetzen des Kopfstückes mit Gebläse und Einführung des optischen Rohres. Dieses geht leicht durch den starren Theil. Weiterhin muss der Widerstand durch kleine vorsichtige Bewegungen überwunden werden. Die schwierigste Stelle ist die des Durchtritts durch das Zwerchfell. Das Bild, welches man nach Einführung in den Magen erhält, ist ein Spiegelbild. Der stets klaffende Pylorus fällt als rundlich ovales, schwarzes Loch auf, seine Umrahmung als mehr oder weniger gewulstete, röthlich schimmernde Magenschleimhaut. Fast alle Partien bis auf den oberen Theil des Fundus und ein kleiner der grossen Curvatur sind sichtbar. Bei der noch unsicheren Indication der Gastroskopie ist Vorsicht geboten. Besonders in Bezug auf das Einführen durch die Speiseröhre. Die Gefahr, dass der Magen durch Lufteinblasen überdehnt werde, ist weniger gross. Von 7 Fällen, die H. gastroskopisch untersucht hat, sind 5 diagnostisch zu verwerthen. Sie wurden ausgeführt vorwiegend wegen Verdachtes auf Carcinom. In 4 Fällen war das Resultat negativ, in dem 5. war deutlich ein Magentumor durch die schlaffen Bauchdecken zu fühlen. Doch war kein gastroskopisches Bild zu erhalten, da die Luft wahrscheinlich infolge der Veränderung der Magenwände durch den Tumor sofort in den Darm abfloss. Ein Urtheil über den Werth der Gastroskopie ist vorläufig noch nicht abzuschliessen, doch ist anzunehmen, dass die Methode in einzelnen Fällen ein rechtzeitiges chirurgisches Eingreifen ermöglicht.

Discussion: Brünings (Freiburg) hat auch mit dem Löning'schen Instrument gearbeitet. Er hält dessen Aenderung des Rosenheim'schen Instrumentariums nicht für sehr glücklich. Er ist mehr für directe Einführung eines starren Instrumentes.

Walter Hänel (Dresden): Demonstration eines schwenkbaren Spucknapfes mit selbstthätiger Wasserspülung.

Joh. Fein (Wien): Demonstration eines Adenotoms mit rechtwinkelig lateraler Abbiegung des Ringmessers.

H. Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung und Behandlung functioneller Stimmstörungen.

Die functionellen Stimmstörungen sind nur dann einer systematischen Behandlung zugängig, wenn eine genaue Untersuchung der functionellen Störung vorangegangen ist, selbstverständlich neben der Erhebung des Localbefundes. Die functionelle Prüfung hat sich besonders in drei Richtungen zu bewegen: 1. Untersuchung der Athmungsfunction beim Sprechen und Singen; 2. Untersuchung der Stimme und 3. Untersuchung der Articulation. Was die Athmung betrifft, so ist die Aufnahme von Athemcurven durchaus nothwendig, da sie die verschiedenen vorhandenen Störungen aufdeckt. Bei Untersuchung der Stimmfunction ist der Umfang der Stimme, Stimmlage und Registervertheilung zu prüfen. Besonders muss auf Tonlücken geachtet werden. Die Feststellung der Genauigkeit der Stimme kann bei gröberen Störungen mit dem Ohr geschehen, bei feineren Abweichungen ist eine exacte graphische Prüfung angebracht. G. bedient sich dazu des Fehltonschreibers. Von vielleicht noch grösserer Bedeutung ist die Feststellung der Intensitätsschwankung bei an und für sich richtig gehaltener Tonhöhe. Die Messung der absoluten Stimmintensität begegnet grossen Schwierigkeiten. Für practische Zwecke genügt die Feststellung der relativen. Diese hat Vortragender so angestellt, dass er unter gleichbleibenden Bedingungen der Stimmbildung (Tonhöhe und Klang) den Luftverbrauch vermittelst des Gutzmann-Wethlo'schen Athmungsvolumenmessers gemessen hat. Er demonstrirt Kurven, die beweisen, dass die Schwankungen der Stimmintensität durch sein Verfahren genau festgestellt werden können. Was die Athmung anbetrifft, so erfordern bei der Behandlung functioneller Stimmstörungen diejenigen Fälle eine besondere Aufmerksamkeit, bei denen bei der einfachen Athmungsgymnastik nichts zur Correctur der fehlerhaften Athmungsbewegungen führt. In selchen Fällen leisten mechanische Athmungsübungen, die passiv an dem Patienten ausgeführt werden, bemerkenswerthe Hülfe. G. bedient sich dabei seit Jahren des von Brat angegebenen Druckdifferenzverfahrens. Auf die Stimmgebung bei functionellen Stimmstörungen wirkt es vorwiegend durch Uebertragung von Stimmgabelvibrationen ein. Um dem Uebelstande, dass die Stimmgabel zu schnell abklingt, zu begegnen, hat G. sich elektrisch betriebene Stimmgabeln bauen lassen, die ihre Vibration auf eine kleine im Kehlkopf zu befestigende Pelotte übertragen. Diese ausserordentlich sinnreiche Einrichtung ermöglicht es, dass der Patient neben seinem Ohr eine zweite Controle seiner Stimme erhält, nämlich den Tastsinn. Zum Schluss weist G. noch darauf hin, dass die von den Laryngologen vielfach bei functionellen Stimmstörungen verordnete Schweigecur nur dann von Erfolg sein kann, wenn sich an sie eine systematische Unterweisung der richtigen Athmungs-, Stimm- und Articulationsfunction anschliesst. Ferner wird die Wichtigkeit anderer allgemeiner Hülfsmittel, wie Ortsveränderungen etc., hervorgehoben.

Discussion:

Schilling (Freiburg) demonstrirt die Sprechathmungskurve eines Kranken

mit apoplektischer Bulbärparalyse, an der deutlich zu sehen ist, dass auch bei organischen Sprachstörungen durch die optische Controle und das Gefühl des Kranken eine Besserung zu erzielen möglich ist.

Winkler (Bremen) weist auf die Vorzüge der allgemeinen Behandlung bei diesen Erkrankungen hin. Er fragt an, ob bei functionellen Stimmstörungen während der Behandlungsdauer Gesangsübungen ausgesetzt werden sollen.

Gutzmann (Berlin) möchte hierfür eine allgemein gültige Regel nicht aufstellen, hält es aber im Allgemeinen richtiger, jegliche Uebung der Stimme ausserhalb der Uebungstherapie zu unterlassen.

---

c) Rhino-laryngologische Section des Budapester Königl. Aerztevereins.

II. Sitzung vom 10. März 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Fall von Kehlkopflupus.

Heiserkeit seit 6 Jahren, Narben und Knötchen am Kehldeckel, Infiltration der Aryfalten und der Taschenbänder. Die Tuberculinreaction war sehr intensiv. Lungen gesund. B. hält den Fall für einen primären Kehlkopflupus.

Discussion:

v. Irsay hält den Kehlkopfprocess nicht für primär, da auch Hautveränderungen vorhanden sind.

Baumgarten: Die Hautveränderungen haben sich später gemeldet.

2. E. Baumgarten: Fall von Nasenlupus.

Es handelte sich um ein Lupusrecidiv.

3. A. v. Irsay: Polypus tonsillae.

4. A. Lipscher: Skleromatöse Kehlkopfstenose.

Bereits vor 5 Jahren wurde die Tracheotomie gemacht und nachträglich Dilatation durch Intubation angewendet. Seither haben sich auch schwere Nasen- und Rachenveränderungen gebildet. Der infiltrirte Kehldeckel liegt dem Kehlkopfeingange dicht an, die Intubation kann deshalb nicht ausgeführt werden. Es wird auf endolaryngealem Wege Raum geschaffen, um die Dilatation ausführen zu können.

Discussion:

v. Irsay schlägt vor, vor den Dilatationen Injectionen mit Fibrolysin anzuwenden.

v. Navratil sen. möchte v. Irsay's Vorschlag annehmen, wenn das Sklerom intralaryngeal läge; hier übt aber das Sklerom des Kehldeckels einen Druck auf den Kehlkopfeingang aus, und es ist zu fürchten, dass die Schwellung nach Fibrolysin die Einführung der Tuben erschweren wird.

Baumgarten: Das Curettement ist nach Fibrolysininjectionen leichter ausführbar.

5. A. Lipscher: Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen.

Im ersten Falle ging der Polyp von der mittleren Muschel aus; im zweiten

Falle ist der Polyp bei einem Moribunden constatirt worden. Bei der Section fand man, dass die Kieferhöhle zwei natürliche Oeffnungen hatte, durch welche die Polypen mit langem Stiel in die Nase hineinwuchsen.

A. v. Irsay und Z. Donogány sind der Meinung, dass diese Geschwülste aus der Nasenhöhle hervorgeben.

6. v. Navratil jun.: Fall von Nasenstein.

Patient war 72 Jahre alt, der Stein wog 6,75 g, war 3,2×2,3 cm gross und wurde endonasal nach Compression entfernt. Vortr. ist der Meinung, dass die Nasensteine stets von solcher Zusammensetzung sind, dass sie durch Zerstückelung und Zerquetschung leicht entfernt werden können.

Discussion: Donogány ist auch der Meinung, dass die externe Operation überflüssig ist.

v. Navratil.

---

d) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 29. Februar 1909.

Vorsitzender: A. Strömberg.

N. Arnoldson berichtet über einen Fall von Hyperkeratosis laryngis bei einem 60jährigen Mann; die weissen, harten Massen gingen vom linken Stimmband aus und wurden mit der Cürette entfernt; das mikroskopische Präparat zeigte typische Hornbildung.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Cancer pharyngo-laryngis; der 40jährige Mann war wegen Heiserkeit und Schluckbeschwerden seit 6 Wochen anderswo local und mit Jodkali behandelt worden. Die Untersuchung zeigte einen ulcerirten Tumor, der den ganzen Introitus laryngis umfassend tief in die Pharynxwand und Basis linguae mit Abstossung der entsprechenden Epiglottishälfte sich erstreckte; die Probeexcision zeigte Cancer.

G. Holmgren zeigte einen Fall von congenitaler Plicabildung in dem oberen Rande der beiden Choanen bei einem Manne.

N. Arnoldson demonstrirte zwei Fälle von operirter Pansinusitis; bei einer 30jährigen Frau war das Siebbein endonasal ausgeräumt, die Kieferhöhle endonasal trepanirt nach Resection der vorderen Hälfte der unteren Muschel, das Ostium sphenoidale erweitert und die Stirnhöhle nach Killian operirt worden; subjective Beschwerden (Kopfschmerzen) vollständig verschwunden; mit Ausnahme von unbedeutender Secretion der Kieferhöhle war der Erfolg objectiv tadellos. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, die an doppelseitiger, acuter Pansinusitis mit Perforation des Margo supraorbital. sin. mit Orbitalödem (Exophthalmus, Chemosis und Diplopie) litt. Sämmtliche Nebenhöhlen wurden von aussen eröffnet und die beiden Siebbeinlabyrinthe ausgeräumt; Heilung in 3 Wochen.

G. Holmgren sprach über die Radicaloperation des chronischen Stirnhöhlenempyems nach Killian und Ritter aus Anlass dreier eigener Fälle, von denen zwei demonstrirt wurden.

E. Stangenberg zeigte einen Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung, mit gutem Erfolge nach Killian operirt.

E. Weinberg berichtet über einen Fall von congenitaler Lues mit eigenthümlichen nasalen Veränderungen.

G. Holmgren referirte über einen Fall von Fibroma laryngis polyposum bei einem 35jährigen Manne und zeigte mikroskopische Schnitte davon; der Tumor ging von der Grenze zwischen dem Stimmband und Ventriculi Morgagni aus.

G. Holmgren zeigt einen Speichelstein vom Ductus submaxillaris bei einem 70jährigen Mann.

V. Rosen und G. Holmgren berichteten über einen Fall von Fremdkörper (Kern einer Zwetsche) in der Trachea bei einem 8jährigen Mädchen, der $3^1/_2$ Tage nach der Aspiration durch das Bronchoskop entfernt wurde.

E. Stangenberg.

IV. Briefkasten.

Personalnachricht.

Unser Mitarbeiter, Dr. J. Katzenstein, ist von der medicinischen Facultät der Universität Berlin als Privatdocent für Laryngologie zugelassen worden.

Das goldene Doctorjubiläum Bernhard Fränkel's.

Die 50. Wiederkehr des Tages, an dem er auf Grund seiner Dissertation: „Nonnulla de perityphlitide cum viso reperto" den Doctorhut erwarb, brachte für Bernhard Fränkel eine Fülle von Ehren und Sympathiebezeugungen. Körperschaften und Behörden, Schüler, Freunde und Patienten wetteiferten darin, dem Jubilar ihre Anerkennung, Verehrung und Dankbarkeit auszudrücken.

Ganz früh am Tage bereits erschien im Auftrage des durch dringende Amtsgeschäfte persönlich verhinderten Kultusministers Ministerialdirector Naumann in Begleitung des Geheimrath Elster, um dem Jubilar die Glückwünsche seiner vorgesetzten Behörde zu überbringen. Im Verlauf seiner Ansprache gab der Ministerialdirector eine Zusicherung, die wohl das schönste Geschenk war, das an diesem Tage dem unermüdlichen Vorkämpfer für die Selbstständigkeit der Laryngologie gemacht werden konnte. Er rühmte es nämlich als Fränkel's Verdienst, die Laryngologie zu einem selbstständigen Lehrfach gemacht zu haben, und fuhr dann ungefähr wörtlich fort: „Was an mir liegt, soll geschehen, um der Laryngologie bei uns ihre Selbstständigkeit zu erhalten, wenn auch einmal an einer kleinen Universität aus äusseren Gründen eine Personalunion eingegangen werden muss". Am Schluss der Ansprache überreichte der Ministerialdirector dem Jubilar die ihm vom Kaiser verliehene Auszeichnung: den rothen Adlerorden II. Klasse mit der Jahreszahl 50. Auch die Kaiserin liess durch ihren Kammerherrn von dem Knesebeck ihre Glückwünsche aussprechen.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft liess durch eine Deputation ihres Vorstandes, geführt von Paul Heymann, eine Adresse überreichen und die Verleihung der höchsten Würde ankündigen, die sie zu vergeben im Stande ist, des Ehrenpräsidiums.

Für die Berliner Medicinische Gesellschaft und den Verein für innere Medicin, die beide Fränkel unter ihre Ehrenmitglieder zählen, erschienen deren derzeitige Vorsitzende Orth resp. Kraus. Die Glückwünsche des wissenschaftlichen Senats der Universität Berlin überbrachte in Abwesenheit des Rectors Prof. Stumpf. Sodann erschien der Decan der medicinischen Facultät, Oscar Hertwig, und überreichte das erneuerte Doctordiplom.

Die umfassende und segensreiche Thätigkeit, die Fränkel im Kampf gegen die Tuberculose als Volkskrankheit entwickelt, wurde rühmend hervorgehoben von den Deputationen der „Internationalen Vereinigung gegen die Tuberculose“ und des „Deutschen Centralcomités zur Bekämpfung der Tuberculose“.

Unzählige kostbare Blumenarrangements trafen fortwährend ein und erfüllten schliesslich die ganze Wohnung. Die Zahl der eingelaufenen Glückwunschdepeschen betrug viele hunderte.

Allerseits wurde die Frische und unverwüstliche Munterkeit bewundert, womit der Jubilar, der es sich nicht hatte nehmen lassen, auch an diesem Tage seiner Pflicht als akademischer Lehrer zu genügen, und, von stürmischem Beifall seiner Hörer begrüsst, seine klinische Vorlesung gehalten hatte, bis tief in die Nacht hinein den Anforderungen dieses an Beweisen der Verehrung und Liebe, aber auch an Strapazen so reichen Tages standhielt. G. F.

Carlo Labus †.

Die italienischen Laryngologen beklagen das Hinscheiden ihres Nestor. Carlo Labus, der in Mailand an einer acuten Perityphlitis gestorben ist, war der erste und blieb Jahre lang der einzige in Italien, der mit der Laryngoskopie vertraut war. Im Jahre 1876 wurde auf sein Betreiben eine laryngologische Section beim Congresso medico nazionale eingerichtet und wenige Jahre später übernahm er die Leitung des Ambulatoriums für Halskranke am Ospedale maggiore in Mailand.

Im Jahre 1870 trat auf Labus' Initiative der erste Internationale Congress für Laryngologie in Mailand zusammen, dessen Vorsitz ihm übertragen wurde und von dessen ernster und erfolgreicher Arbeit der stattliche Band mit den Verhandlungsberichten Zeugniss ablegt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, September. 1909. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) A. A. Coolidge. **Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. April 1908.*

Es werden besprochen: die Function der Tonsillen, Tonsillectomie; Aetiologie des Erysipel; der congenitale Kehlkopfstridor; die Thymusdrüse und die Bronchoskopie.

EMIL MAYER.

2) Svante Arrhenius (Stockholm). **Immunochemie. Anwendungen der physikalischen Chemie auf die Lehre von den physiologischen Antikörpern.** (Uebersetzung von A. Finkelstein.) *Leipzig, Academ. Verlagsges. 1907.*

Ueber die Beziehungen der Toxine und die Antitoxine sind zwischen Arrhenius und Ehrlich Streitfragen entstanden, die hauptsächlich darin gipfeln, dass Ehrlich hierfür physiologische Erklärungen giebt, während ersterer zeigen will, dass die Gesetze der physikalischen Chemie auch auf die Reaction der verschiedenen bei der Immunisirung entstehenden Substanzen angewendet werden können. Das Buch giebt eine gute Uebersicht über die Untersuchungen und Anschauungen des bekannten Forschers, welche uns durch die Uebersetzung von Finkelstein zugänglich geworden sind.

SEIFERT.

3) R. W. Allen. **Die allgemeine Erkältung; ihre Pathologie und Behandlung. (The common cold; its pathology and treatment.)** *Lancet. 28. November und 5. December 1908.*

Eine sehr interessante Arbeit, deren Lectüre anzuempfehlen ist. Verf. definirt eine Erkältung als „eine locale Entzündung irgend eines Theiles des Respirationstractus, von der Mundhöhle und dem Naseneingang bis zur Bifurcation der Bronchien, nebst den dazu gehörigen Nebenhöhlen". Die Hauptpunkte sind folgende:

1. Es giebt fünf Organismen, die im Stande sind, einen acuten Nasenkatarrh hervorzubringen: der Influenzabacillus, der Bacillus septus, der Friedländer'sche Bacillus, der Micrococcus catarrhalis, der Micrococcus paratetragenus.

2. Diese Organismen können bei einem gewissen Procentsatz von solchen Fällen sich finden, die keine pathologischen Erscheinungen darbieten; vermehrte Virulenz und verminderte Gewebsresistenz können ihre Activität anfachen.

3. Jeder Organismus bringt seinen besonderen Typus von Erkältung hervor und eine Differentialdiagnose ist aus einer Betrachtung der klinischen Erscheinungen möglich. Dies ist schwieriger, wenn es sich um eine multiple Infection handelt.

4. Die differentielle Diagnose ist von erheblichem Werth sowohl für Prognose wie Behandlung.

5. Chronischer Nasenkatarrh ist wahrscheinlich stets auf Infection durch den Friedländer'schen Bacillus zurückzuführen; chronischer Trachealkatarrh durch den Micrococcus cartarrhalis oder Micrococcus paratetragenus, wozu dann noch secundäre Infection mit Staphylokokken, Streptokokken und anderen pathogenen Mikroorganismen hinzukommen kann.

6. Für die Infection ist wahrscheinlich localer Mangel an Opsoninen und für die Heilung eine Zunahme der Opsonine nothwendige Bedingung.

7. Durch Injectionen der entsprechenden bakteriellen Vaccine kann eine durch irgend welchen Organismus hervorgerufene Erkältung erheblich abgekürzt und wahrscheinlich Complicationen vorgebeugt werden.

8. In ähnlicher Weise können chronische Infectionen zur Heilung kommen.

9. Durch Injectionen der Vaccine der verschiedenen Organismen, die in geeigneten Dosen und Zeiträumen injicirt werden, kann eine Immunität gegen künftige Erkältungen bewirkt werden. Bei Individuen, die sehr anfällig sind und bei jeder Epidemie erkranken, besteht das beste Mittel darin, sie in 4—6 monatigen Intervallen gegen alle „Erkältungsorganismen" oder gegen die für die betreffenden Epidemien in Frage kommenden Organismen zu immunisiren.

ADOLPH BRONNER.

4) **David C. Hilton. Die mechanischen Factoren bei der Erkältung und ihre therapeutischen Deutungen. (The mechanical factors in cold taking and their therapeutic interpretations.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Der Mechanismus besteht darin, dass bei gleichzeitiger Verlegung beider Nasenhälften während des Inspirationsactes momentan ein negativer Druck nächst der Verlegungsstelle entsteht. Die rhythmische Wiederkehr dieser Luftverdünnung hat zur Folge: Passive Hyperämie, Schwellung der Weichtheile und Hyperplasie, was zu weiterer Verlegung und gesteigerter Prädisposition für Erkältungen führt.

Die Therapie muss darauf bedacht sein, die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen. Verf. lässt die verschiedenen diesem Zweck dienenden Methoden Revue passiren.

EMIL MAYER.

5) **Robert Curtis Brown. Einige Factoren in der Aetiologie der allgemeinen Erkältung. (Some factors in the etiology of a common cold.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Verf. sieht das wesentliche Moment für die Entstehung einer Erkältung in

vasomotorischen Vorgängen; den Mikroorganismen weist er dabei nur eine secundäre Rolle zu.

LEFFERTS.

6) **George W. Stiles. Influenza; ihre Diagnose vom morphologischen Standpunkt in gefärbten Sputumpräparaten. (Influenza; its diagnosis from a morphological standpoint in stained specimens of sputum.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

St. kommt auf Grund von 100 Beobachtungen zu dem Schluss, dass mikroskopische Sputumuntersuchungen in den Fällen, die allgemeine respiratorische Symptome zeigen, durchaus nothwendig sind, da durch diese erst die Diagnose sicher gestellt werde.

LEFFERTS.

7) **James W. Dumm. Die Grippe und ihre Complicationen. (La Grippe and its complications.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Als diagnsotisches Zeichen für Grippe bezeichnet Verf. das Vorhandensein eines rothen Streifens auf der Vorderfläche des weichen Gaumens, ungefähr von der Form eines Regenbogens, der durch die Basis der Uvula unterbrochen wird. Es besteht eine körnige Beschaffenheit des weichen Gaumens; die Körnchen springen als kleine weissliche Hervorragungen hervor. Es besteht auch Schwellung der Zungenpapillen, besonders an der Spitze.

EMIL MAYER.

8) **Henry Glover Langworthy. Halskrankheiten bei Kindern. (Throat diseases in children.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Verf. bespricht — abgesehen von den exanthematischen Krankheiten — folgende Halsaffectionen: Rhinitis, Adenoide, acute Pharyngitis, Retropharyngealabscess und Peritonsillarabscess.

EMIL MAYER

9) **R. E. Humphrey. Klinische Beobachtungen und Sectionsbefunde beim Status lymphaticus. (Clinical and post mortem observations on the status lymphaticus.)** *Lancet. 26. December 1908.*

Bericht über 5 Fälle mit Sectionsergebniss. Ein Kind starb während der Entfernung der Tonsillen unter Chloroform. Zwei waren congenitale Imbecille; zwei litten an epileptischen Anfällen. Alle starben plötzlich. Verf. glaubt nicht, dass Aethylchlorid in geeigneter Form der Anwendung gefährlicher sei, als andere Anaesthetica.

ADOLPH BRONNER.

10) **John Macintyre** (Glasgow). **Neue Methoden zur Untersuchung von Nase und Hals. (Recent methods of examination of the nose and throat.)** *Glasgow Medical Journal. März 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Verbesserung, die allmählich in der Technik der Untersuchung der oberen Luftwege Platz gegriffen hat. Die Arbeit kann als werthvoller historischer Beitrag gelten.

A. LOGAN TURNER.

11) **v. Dungern** und **Werner** (Heidelberg). **Das Wesen der bösartigen Geschwülste.** *Leipzig, Medicinische Verlagsanstalt. 1907.*

Die biologische Studie stammt aus dem Institute für Krebsforschung in Heidelberg; sie bringt eine Zusammenstellung alles dessen, was man über das

Wesen der Tumoren, besonders der malignen, weiss. Von besonderem Interesse sind die Ansichten, welche die Verff. selbst über das Wesen und die Ursache der malignen Geschwülste sich gebildet haben. Bei der grossen Bedeutung, welche auch auf rhino-laryngologischem Gebiete den bösartigen Geschwülsten zukommt, werden auch die Fachgenossen mit dem Studium der wichtigen Ausführungen der Verff. sich zu befassen haben.

SEIFERT.

12) **E. S. Tudd. Die Behandlung von Carcinom des Gesichts, Kopf und Hals. (The treatment of cancer of the face, head and neck.)** *The St. Paul Medical Journal. März 1909.*

Verf. hält besonders bei den Carcinomen der Mundhöhle eine Operation in zwei Zeiten für vortheilhaft, wobei in der ersten Sitzung die Drüsen ausgeräumt und in der zweiten das Carcinom entfernt wird. Auf diese Weise wird der Shock verringert und die Gefahr vermieden, dass die freigelegten Gewebe am Halse der Infection von der Mundhöhle aus ausgesetzt werden.

EMIL MAYER.

13) **de Keating-Hart** (Marseille). **Behandlung des Krebses mittelst Fulguration.** (Uebersetzung von Dr. C. Schünemann, Leipzig.) *Academ. Verlagsgesellsch. Leipzig 1908.*

Die Fulguration (ursprünglich vom Autor als Sidération bezeichnet) ist eine elektro-chirurgische Methode der Krebsbehandlung, die nach ihrem ersten Bekanntwerden auch in Deutschland mannigfach nachgeprüft wurde. Nach dieser Methode, die näher beschrieben wird, sind eine Reihe von Krebsfällen mit theilweise überraschendem gutem Erfolge behandelt worden, wie die durch Abbildungen illustrirten Krankengeschichten erweisen. Ueber Dauererfolge scheint Keating-Hart noch nicht zu einem Urtheil gelangt zu sein.

SEIFERT.

14) **Neideck** (Limbach). **Das Ergebniss der Behandlung einer kleinen Geschwulst, vermuthlich eines minimalen Hautkrebses, mit Röntgenstrahlen.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Es scheint, dass der Autor die tiefgehenden Zerstörungen der äusseren Nase der häufigen Röntgenbestrahlung zuzuschreiben geneigt ist.

SEIFERT.

15) **Th. Gluck. Vorschläge und casuistischer Beitrag zur Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete Bd. I. Heft 6. 1909.*

Der um die Laryngochirurgie verdiente Chirurg wahrt zunächst mit Recht seine unbestreitbare Priorität in der Frage der Laryngostomie bei laryngealen und laryngotrachealen Stenosen. Sodann theilt Verf. einen Fall mit, bei welchem ein ausgedehnter nekrotischer Knorpelprocess am Larynx nach totaler Laryngofissur mit consecutiver Sequestrotomie zur Mittheilung kam. Verf. betont, dass viele ähnliche Fälle von Perichondritis laryngea mit Nekrose und Oedem an Stelle der Tracheotomie und Incision vorhandener Infiltrationen besser mit probatorischer totaler Laryngofissur behandelt werden. Dieser Modus procedendi giebt die beste Aussicht, den Krankheitsherd freizulegen und ihn nach allgemein chirurgischen Principien zu eliminiren. Zum Schluss berichtet Gluck noch über eine mit Erfolg

wegen Carcinom ausgeführte Resection der oberen Luft- und Speisewege. Der Fall betrifft wohl die ausgedehnteste Operation, welche je im Bereich dieser Organe vorgenommen wurde. OPPIKOFER.

16) **Henry H. Pelton. Die Vermeidung von Blutungen während Operationen an Nase und Hals. (The prevention of hemorrhage during operations upon the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Ref. meint, die innerliche Darreichung von Calciumlactat in kleinen Dosen 24—48 Stunden vor der Operation sei eines Versuches Werth; aus den wenigen Fällen, die er mittheilt, scheint hervorzugehen, dass die Neigung zu Blutungen dadurch herabgesetzt wird. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Jurasz. Ueber die physiologische Thätigkeit der Nasenhöhlen als Respirationstractus. (O fizyologicznej czynnosci jam nosowych jako przewodu oddechowejo.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Verf. bespricht eingehend die physiologische Wirkung der Nasenhöhlen im Verhältniss zur eingeathmeten Luft und zwar:

1. in Hinsicht der Erwärmung der Luft durch die Nasenhöhlen,
2. Sättigung durch Dampf,
3. Reinigung der Luft von Staub und Fremdkörpern,
4. Entfernung und Verhütung von gefährlichen Gasen, welche der Luft beigemischt sind.

Am Schlusse dieser fesselnden Betrachtungen bemerkt Verfasser, dass der Rhinologe das Princip befolgen soll, womöglich die Nasenorgane bei verschiedenen therapeutischen und chirurgischen Eingriffen zu schonen. A. v. SOKOLOWSKI.

18) **A. Kuttner** (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren. Entgegnung auf den Aufsatz des Herrn Dr. J. Herzfeld.**

19) **J. Herzfeld** (Berlin). **Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatze des Herrn Prof. A. Kuttner.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 2. S. 346 u. 650. 1909.*

Kuttner vertritt den Standpunkt, dass H. den Werth des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen zu gering taxire.

Herzfeld dagegen glaubt, dass K. den Werth der X-Strahlen überschätzt. Das Röntgenbild führt leicht zu irrigen Schlüssen, und es soll deshalb in allen Fällen stets die klinische Untersuchung entscheiden. OPPIKOFER.

20) **J. van der Hoeve** (Utrecht). **Erkrankung des Gesichtsnerven bei Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Ziekte van de gezichtszenuw bij ontsteking der neusbijholten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1089. 1909.*

Verf. betont die Bedeutung der Gesichtsfelduntersuchung bei rhinogenen Opticusneuritiden. Birch-Hirschfeld und Paunz beschreiben ein absolutes

und relatives Skotom als initiales Symptom. Oft fehlen Nasenbeschwerden vollständig.

Verf. theilt die ausführliche Krankengeschichte eines 24jährigen Patienten mit, dessen beide Augen im Mai noch gut functionirten. Im December wurde zufällig entdeckt, dass das linke Auge schlecht sah. Gesichtsschärfe $^{3}/_{60}$ bei excentrischer Fixation; Schmiercur, Salicylcur ohne Erfolg. Dann wurde Professor Snellen jr. consultirt, der bei Exclusion sonstiger Momente die Wahrscheinlichkeitsdiagnose rhinogener retrobulbärer Neuritis feststellte. Die Nase wurde am 27. Januar von Quix untersucht, der Schwellung der linken mittleren Muschel und schleimiges Secret in der linken Riechspalte feststellte. Die Gesichtsschärfe war links $^{3}/_{60}$ excentrisch, rechts gut $^{1}/_{2}$. Auf dem linken Auge centrales Skotom für sämmtliche Farben, welches den blinden Fleck einschliesst. Am rechten Auge kein centrales Skotom; der blinde Fleck ist für weiss normal, zeigt sich aber für grün, blau, roth und gelb um das Zweifache vergrössert. Am selben Tage wird nach Conchotomia media die Keilbeinhöhle und die hintere Siebbeinzelle links eröffnet und die ödematöse Schleimhaut so viel wie möglich abgetragen. In der Siebbeinzelle ein wenig Schleimeiter. Das linke Auge zeigt p. o. nur wenig Besserung; die Gesichtsschärfe hebt sich von $^{3}/_{60}$ auf $^{4}/_{60}$; Skotome unverändert. Die Erkrankung am rechten Auge schreitet aber fort; das Skotom am blinden Fleck vergrössert sich, es entsteht ein centrales Skotom; die Gesichtsschärfe sinkt auf $^{1}/_{6}$ herab (1. Februar). Am 2. Februar wird auch die rechte Keilbeinhöhle eröffnet; die Schleimhaut ist verdickt; kein Eiter. Nasenspülungen und Mentholinhalationen. Am 3. Februar sind die bis dahin unverändert gebliebenen Skotome links plötzlich bedeutend kleiner geworden. Vom 4. Februar nehmen auch die rechtsseitigen Skotome ab. Die Gesichtsschärfe hebt sich rechts bis $^{1}/_{2}$; das Lesen gelingt aber nicht in Folge noch bestehenden Skotoms (12. Febr.). Linkes Auge unverändert. 25. Februar: Das günstige Resultat rechts hat sich nicht behauptet, die Skotome haben sich wieder bedeutend vergrössert.

Wahrscheinlich gehört dieser Fall zu denjenigen Onodi's, in welchen die rechte Keilbeinhöhle mit beiden Gesichtsnerven in Beziehung steht. Das Wiederverschwinden des anfänglichen Erfolges erklärt Verf. dadurch, dass vor der Operation bereits deutliche Zeichen des maculopapillären Bündels bestanden. Verf. weist darauf hin, dass in seinem Falle vor der Anwesenheit eines centralen Skotoms ein anderes Symptom bereits bestand: die Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben.

H. BURGER.

21) **J. Némai** (Budapest). **Die Entzündung der Nasennebenhöhlen.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Die Zahl der in Krankenjournalen notirten Fälle von Nebenhöhlenempyemen soll nach Verf. grösser sein, als es der Thatsache entspricht. Heutzutage werden Empyeme gesucht und selbst gefunden und operirt auch bei solchen Kranken, wo keine Empyeme vorhanden waren. Verf. verurtheilt die Polypragmasie, welche er an verschiedenen Orten beobachtet hat, und spricht sich als Anhänger der conservativen Richtung aus; als solcher will er Versuche mit der Sondermann'schen Saugmethode anstellen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

22) **Chiari** (Wien). **Zur Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Die Ausführungen von Chiari sind für den praktischen Arzt, weniger für die Specialisten bestimmt; es wird die Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase nur insoweit besprochen, als sie mit jenen Hülfsmitteln durchzuführen ist, welche dem allgemeinen Praktiker zur Verfügung stehen. SEIFERT.

23) **Réthi** (Wien). **Amblyopie infolge von Nebenhöhleneiterungen der Nase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 19. 1908.*

An der Hand zweier Fälle, in denen keine Dislocation des Bulbus, keine Schwellung der Lider etc. bestand, jedoch eine rasch zunehmende Sehstörung sich einstellte, konnte die Ursache in einer Nebenhöhleneiterung gefunden und behoben werden. Hinweis auf die Nothwendigkeit einer diesbezüglichen exacten Untersuchung in Fällen, in denen auch keine äusserlich wahrnehmbaren Veränderungen des Auges bestehen. HANSZEL.

24) **T. Della Vedova. Die Initialperiode in der Entwicklung der Oberkieferhöhle. (Il periodo iniziale nello sviluppo del seno mascellare.)** *La Pratica oto-rino-laringojatrica. I. 1908.*

In Ergänzung früherer Mittheilungen theilt Verf. mit, dass bei einem 30 mm langen menschlichen Embryo, dessen Alter auf 8 Wochen geschätzt wird, und bei einem 34 mm langen (9 Wochen alten) er bereits die Anlage einer Oberkieferhöhle gesehen habe, ebenso wie er es für einen 38 mm langen Embryo bereits beschrieben hatte. Die Anlage der Oberkieferhöhle würde also viel früher vorhanden sein, als man im Allgemeinen annimmt, nämlich zwischen Ende des zweiten und Anfang des dritten Monats. FINDER.

25) **H. Henrici** (Aachen). **Der Werth der Röntgenaufnahmen zum Nachweis von Zahnwurzelerkrankungen beim Kieferhöhlenempyem.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 7. 1909.*

Bei Kieferhöhleneiterungen, bei denen ein dentaler Ursprung vermuthet wird, sollte regelmässig eine Röntgenaufnahme der verdächtigen Zahnwurzeln vorgenommen werden. 3 Krankengeschichten und 4 Röntgenbilder.

Die zweckmässigste Methode der Zahnaufnahmen ist diejenige von Sjögren angegebene (Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstrahlen. Bd. 3. Heft 1).

OPPIKOFER.

26) **J. S. Kyle. Einige Punkte in der Behandlung der Oberkieferhöhlenerkrankung dentalen Ursprungs. (Points in the treatment of maxillary antrum disease of dental origin.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Februar 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

27) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Aufdeckung der Regio respiratoria.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. Heft 9. 1908*

Löwe prätendiert, dass bei Freilegung der Regio respiratoria vom Munde her bei gesunder Kieferhöhle deren faciale Knochenwand erhalten werde und beschreibt

eingehend seine „Technik der Aufdeckung der Regio respiratoria vom Munde her mit Erhaltung der facialen Kieferhöhlenwand“, bezüglich deren Details, die eine Modification seines und des Denker'schen Verfahrens darstellen, auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

28) **Aenstoots** (Köln a. Rh.). **Die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. 1909.*

Autor empfiehlt die Dreesmann'sche Methode, die durch Wegnahme der hinteren Kieferhöhlenwand eine Verkleinerung der Höhle insofern anstrebt, als das Fettgewebe der Flügeloberkiefergrube in die Kieferhöhle vordringen und damit die Höhle verkleinern kann. Die auf diese Weise verkleinerte Höhle kommt dann durch den aus der Nase herübergeklappten Schleimhautlappen rasch zur Epithelisirung und Ausheilung. Mittheilung eines auf diese Weise geheilten, durch Augencomplication besonders interessanten Falles, der als zwölfter auf diese Weise operirter Fall des Kölner St. Vinzenz-Hospitales zur Heilung kam. Bezüglich Details und Technik sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

29) **Aris Garcia** (Mallorca). **Ein Fall von Oberkieferempyem nach der Methode von Claoué operirt. (Un caso de sinusitis maxillar operado por il procedimiento de Claoué.)** *Revista balear de ciencias médicas. April 1907.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

30) **A. Onodi** (Budapest). **Alveoläre Cysten der Kieferhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1909.*

Vier Präparate und ein in vivo beobachteter Fall werden in dem Artikel beschrieben. Im letzteren Falle hat O. in Gesellschaft mit noch Jemandem, dessen Name in der Publication nicht erwähnt ist, die Radicaloperation gemacht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

31) **John D. Mc Reynolds. Retention eines 1 cm dicken und 4 cm langen eisernen Bolzens in der Oberkieferhöhle während vier Jahren ohne erhebliche unangenehme Symptome. (Retention in the maxillary antrum of an iron bolt three-eighths of an inch in thickness and one and five eighths inches in length for period of four years without important unpleasant symptoms.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

32) **R. Falcone. Directe lymphatische Communicationen zwischen der periencephalischen Höhlen und der Stirnhöhlenschleimhaut. (Communicazioni linfatiche dirette fra le cavità periencefaliche e la mucosa del seno frontale.)** *Il Tommasi. No. 24. 1907.*

In der Stirnhöhlenschleimhaut findet sich ein deutlich nachweisbares Lymphnetz, das — wenigstens beim Hunde — eigene Wandungen hat. Man kann dieses Lymphnetz vom Subduralraum aus durch eine Injection ausfüllen, was leicht gelingt, oder auch vom Subarachnoidalraum aus. Die Injectionsmasse gelangt auf direkten Wegen in das Lymphnetz der Stirnhöhle und nicht durch das Lymphnetz der Nasenschleimhaut oder durch die Lamina cribrosa. Man kann in dem

Knochen der Hinterwand der Stirnhöhle die mit Injectionsmasse gefüllten Lymphwege nachweisen, so dass damit der evidente Beweis der transostealen lymphatischen Communication zwischen Schädelhöhle und Sinus frontalis gegeben ist.

FINDER.

33) **Martin Cohen. Vier Stirnhöhlen. (Four frontal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

An dem Schädel, der in anderer Hinsicht keine anatomischen Abweichungen aufwies, waren auf jeder Seite des Septum zwei Stirnhöhlen vorhanden, eine hinter der anderen, jede mit einem deutlichen und besonderen Ductus naso-frontalis, der in den mittleren Nasengang führte. Ein vollständiges knöchernes Septum trennte jederseits die Sinus.

EMIL MAYER.

34) **R. H. Johnston. Einige persönliche Erfahrungen über Stirnhöhlenerkrankung. (Some personal experience with frontal sinus disease.)** *American Medicine. November 1907.*

Verf. plädirt dafür, zunächst die intranasale Behandlung zu versuchen. Nichts Neues.

EMIL MAYER.

35) **Brown J. Price. Bemerkungen betreffend zwei ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhlenerkrankung. (Notes upon two unusual frontal sinus cases.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Confr. Verhandlungen der American Laryngological Association. Montreal Juni 1908.

EMIL MAYER.

36) **A. Onodi** (Budapest). **Mit meningealen Symptomen verlaufener Fall von acuter Stirnhöhlenentzündung.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Der 25 Jahre alte Mann litt an heftigen Kopfschmerzen und eitrigem Ausfluss aus der rechten Nase. Am nächsten Tage Krampfanfälle und Schwindel, einmal mit Ohnmacht, deshalb auch Aufnahme in das Spital. Hier wurde heftige Empfindlichkeit der Stirnhöhlengegend, Eiter im mittleren Nasengange, starke Kopfschmerzen, Schwindel, gesteigerte Kniereflexe, Trousseau'sche Linien, Erbrechen und Fieber bis 39° C. beobachtet. Pat. wurde mit Cocain-Pinselungen des mittleren Nasenganges behandelt und geheilt entlassen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

37) **Brühl** (Berlin). **Zur Casuistik der Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 637. 1909.*

Die Gefahr der Nebenhöhleneiterungen ist eine bedeutend geringere als die der Ohreiterungen; so hat B. unter ca. 35000 Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten eine grosse Reihe von otogenen intracraniellen Complicationen und Todesfällen, aber nicht einen einzigen Todesfall durch Nebenhöhlenerkrankung gesehen.

Die einzige intracranielle rhinogene Affection, die B. sah, war folgende:

Bei 29jähr. sonst gesunder Frau wurde eine Pneumocele des rechten chronisch eiternden Sinus frontalis constatirt. Bei der Operation zeigte sich eine linsengrosse Durchbruchstelle in der vorderen Stirnhöhlenwand; zudem fehlte die Hinter-

wand der Stirnhöhle in ihrem lateralen Theile und war durch Granulationsgewebe ersetzt. Cerebrale Symptome fehlten. Heilung.

Neben 2 Fällen von Stirn-, Oberkiefer-, Siebbeineiterung mit Perforation in der Lamina papyracea erwähnt B. zum Schluss eine akute Stirnhöhleneiterung, bei der sich unmittelbar im Anschluss an eine Durchblasung der Stirnhöhle ein kurz dauernder Collaps und eine sechzehnstündige völlige beiderseitige Blindheit sich einstellten. Die Blut- und Urinuntersuchung ergab nichts Pathologisches; bei der 8 Tage später vorgenommenen operativen Eröffnung der Stirnhöhle zeigte sich keine Knochenerkrankung und keine Dehiscenz. B. glaubt auch eine hysterische Amaurose ausschliessen zu dürfen und nimmt an, dass die transitorische Blindheit auf eine im Anschluss an den Collaps entstandene Circulationsstörung im Gebiet der hinteren Schädelhälfte zurückzuführen ist.

OPPIKOFER.

38) **A. Onodi** (Budapest). **Durch Stirnhöhlenentzündung verursachte Fälle von Sehstörungen.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Fall I. Kleiner Exophthalmus rechts mit Diplopie, Kopfschmerz, Abnahme der Sehschärfe. Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, Spülungen der Stirnhöhle. Heilung in 8 Wochen.

Fall II. Amaurose des linken Auges. Eiter im mittleren Nasengange. Auf Adrenalin-Cocain-Pinselungen Besserung, später Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **A. Logan Turner** (Edinburgh). **Die Orbitalcomplicationen bei Eiterung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen. (The orbital complications of suppuration in the frontal and ethmoidal air sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über seine klinischen Erfahrungen auf diesem Gebiet. Er gruppirt seine neun Fälle in drei Rubriken: 1. Fälle von Oedem der oberen und unteren Augenlider. 2. Fälle von subperiostalem Orbitalabscess. 3. Fälle, in denen der ganze Orbitalinhalt erkrankt war.

Diese Fälle kommen sowohl bei acuten, wie chronischen Nebenhöhleneiterungen vor. In der letzteren Kategorie trifft man häufiger Zerstörungen der knöchernen Höhlenwandungen. In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. stets die Operation von aussen.

AUTOREFERAT.

40) **Albert Jansen** (Berlin). **Die operative Behandlung der Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of suppuration of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. wendet die verschiedenen Methoden nach folgenden Indicationen an:

1. Bei kleinen Kindern und bei Erwachsenen mit sehr kleiner Höhle, wo keine plastischen Massnahmen nothwendig sind, wird die vordere und untere Wand einschliesslich des Supraorbitalrandes entfernt; dies ist das viele Jahre lang vom Verf. bevorzugte alte Verfahren.

2. Bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen mit etwas grösseren Höhlen wird ein vorderer osteoplastischer Lappen gebildet.

3. Sind die Höhlen noch grösser, so wird nach Killian eine Spange ge-

bildet, die vordere und untere Wand entfernt, und, wenn nöthig, die Höhle mit einem Stück Paraffin ausgefüllt.

4. Ist die Höhle ziemlich gross, so wird sowohl der vordere osteoplastische Lappen wie die Spange gebildet. Dies ist die Standardoperation des Verf.'s seit 1904.

5. Ist der primäre Verschluss, sowie die Bildung einer festen Brücke nicht möglich, z. B. bei endocranialen Abscessen, oder bei Phlegmonen oder wenn die Operation so schnell wie möglich ausgeführt werden muss (z. B. bei Herzschwäche), dann werden zwei osteoplastische Lappen gebildet, ein vorderer und ein marginaler. Dieselbe Methode ist angezeigt, wenn die Erfahrung des Operateurs nicht ausreicht, um bei besonderen anatomischen Verhältnissen der Schwierigkeiten Herr zu werden, die sich der Bildung einer Spange nach Killian entgegenstellen.

EMIL MAYER.

41) **John J. Barnhill. Einige wesentliche chirurgische Principien für die Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Abgesehen von der aseptischen Technik sind folgende Bedingungen zu erfüllen: Völlige Entfernung aller erkrankten eitrigen Theile; Schaffung einer breiten Drainage; die Möglichkeit, dass die erkrankte Höhle mit einer gesunden, nicht eiternden Auskleidung heilt oder durch Granulationsbildung völlig obliterirt.

EMIL MAYER.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Eröffnung der Stirnhöhle, Neurectomie des N. supraorbitalis.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen: Im ersten Falle zeigte das Röntgenbild eine Verschleierung der linken Stirnhöhle, daraufhin wurde die Höhle eröffnet und gesund befunden, hierauf der Stamm des N. supraorbitalis hervorgezogen und einige Centimeter Länge entfernt. Die Kopfschmerzen hörten nach der Operation auf.

Im zweiten Falle besserte sich eine Stirnhöhleneiterung nach Resection der mittleren Muschel, nach 2 Monaten traten aber heftige Kopfschmerzen auf. Kein Eiter in der Nase, Röntgenbefund negativ. Docent Manninger führte die Neurectomie des N. supraorbitalis aus und hat bei dieser Gelegenheit auch die Probeeröffnung der Stirnhöhle gemacht, welche gesund befunden wurde.

Die Fälle vermindern einerseits den diagnostischen Werth der Röntgenaufnahmen, andererseits sprechen sie in zweifelhaften oder wahrscheinlichen Fällen nach O. für die Probeeröffnung der Stirnhöhlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

43) **Botey** (Barcelona). **Traumatische Caries und Nekrose des Unguis, der Siebbeinzellen und des Bodens der rechten Stirnhöhle. Operation. Heilung. (Caries y necrosis traumaticas del unguis, célules etmoidales y cava inferior del seno frontal derecho. Operación; curación.)** *Archivos de oto-rino-laringologie. Mai 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

44) **Seth-Lindström** (Stockholm). **Ein Instrument zur Eröffnung der Siebbeinzellen von deren natürlichen Oeffnungen aus.** *Mit 3 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Combination des Hajek'schen Siebbeinhakens mit einer entsprechenden Stanze, die es ermöglicht, einzelne Siebbeinzellen bequem unter Controle des Auges zu sondiren und zu eröffnen, und die zu entfernenden Zellwände genau zu dosiren. Das Instrument dient daher auch zu diagnostischen Zwecken — Auffindung isolirter Entzündungsherde im Siebbein. Das nach allen Seiten drehbare Instrument ist in der Arbeit abgebildet, Anwendung und Wirkungsweise beschrieben.

HECHT.

45) **T. A. Gibson. Die Keilbeinhöhle. (The sphenoidal sinus.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Verf. beschreibt die Anatomie und die Variationen der Keilbeinhöhle, die seiner Ansicht nach zu sehr vernachlässigt wird. Verf. hat 85 Keilbeinhöhlen am menschlichen Schädel untersucht in Bezug auf Lage, Grösse, die durchschnittliche Dicke der Wände, die Beziehungen zu Oberkiefer- und Stirnhöhle, den eventuellen Zusammenhang zwischen weiter hinterer Nasenöffnung und kleiner Keilbeinhöhle und umgekehrt, die vorkommenden Anomalien etc. Er findet keine definitiven Beziehungen zwischen der Grösse der verschiedenen Nebenhöhlen, auch keinen charakteristischen Zusammenhang zwischen der Weite der Choane und der Ausdehnung der Keilbeinhöhle.

Jede Operation vom Nasenrachenraum und von hintenher ist zu verwerfen, da in vielen Fällen der Boden der Höhle sehr dick und die Höhle weit nach vorwärts gelegen ist. Eine bestimmte Regel für die Sondirung der Höhle lässt sich nicht aufstellen. Die kürzeste Distanz von der Spina nasalis anterior zu der hinteren Keilbeinhöhlenwand beträgt 57 mm.

LEFFERTS.

46) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Operirter und geheilter Fall von mit orbitaler Complication verlaufender Keilbeinhöhleneiterung.** *Orvosi Hetilap. No. 2. 1909.*

Frau von 40 Jahren mit mässigem Exophthalmus des linken Auges und Oedem der Lider, welche in diesem Zustande mehr als 4 Monate verblieb, während welcher Zeit sie auch an quälenden Kopfschmerzen litt. Befund vor der Operation: Papillitis intumescens, Exophthalmus und Oedema palpebrarum l. s. Postrhinoskopisch ein Eitertröpfchen in der Gegend des linken Recessus sphenoethmoidalis. Visus $^6/_{20}$. Später Resection der mittleren Muschel, Erweiterung der Keilbeinhöhlenöffnung und Entleerung von viel Eiter. Vollständige Heilung nach 6 Wochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

47) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Die Freilegung der Keilbeinhöhle und des darüber gelegenen Abschnittes der basis cerebri vom Rachen aus.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde und Laryngo-Rhinologie. Heft 3. 1909.*

Nach eingehender Besprechung der bisher beschriebenen Methoden zur Freilegung der Keilbeinhöhle und der darüber gelegenen endocraniellen Gebilde, insbesondere der Hypophysis, empfiehlt Löwe als gangbarsten Weg die Freilegung

des Nasenrachenraumes durch Vornahme der Pharyngotomia suprahyoidea. Autor erörtert eingehend die anatomischen Verhältnisse, den Gang der Operation, Technik und Instrumentarium, deren Details sich zu kurzem Referat nicht eignen.

HECHT.

48) **Nobécourt** und **Apterkmann. Adenoide Vegetationen, tracheo-bronchiale Drüsen und Tuberculose. (Végétations adénoides; adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 19. März 1909.*

Sehr häufig reagiren Kinder mit adenoiden Vegetationen nicht auf die verschiedenen Tuberculinproben. Die tracheo-bronchialen Drüsen sind häufig tuberlöser Natur. Sie kommen oft mit den adenoiden Vegetationen zusammen vor; die Cutanreaction ist ebenso häufig bei Kindern, die beide Affectionen haben, negativ wie bei solchen, die nur an adenoiden Vegetationen leiden. Bei Kindern dagegen, die tracheo-bronchiale Drüsenanschwellung haben, ohne dabei adenoide Vegetationen zu haben, ist sie in 37 pCt. der Fälle negativ.

A. CARTAZ.

49) **Edward John Bero. Einige Typen von Lungenentzündung, die mit Entzündung der adenoiden Wucherungen vorgesellschaftet sind. (Some types of pneumonia associated with inflammation of adenoid growths.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Dem Verf. sind gewisse Typen von Pneumonie aufgefallen, die mit Entzündungen der adenoiden Wucherungen einhergehen. Das Hauptcharakteristikum sind hohe Temperaturen, die zuerst remittirend und gegen das Ende der Krankheit intermittirend sind. Diese Pneumonien fanden sich bei folgenden Formen: 1. Ohne eitrige Mittelohrentzündung; 2. mit eitriger Mittelohrentzündung, wobei a) die Mittelohraffection in dem Frühstadium der Erkrankung, b) später auftritt.

Die beschriebenen Fälle weisen folgende Merkmale auf:

1. Sehr hohe Temperatur.

2. Die hohe Temperatur entspricht nicht der Schwere der Erkrankung, wie bei anderen Formen der Pneumonie und bedeutet keinen ungünstigen Gang der Krankheit.

3. Die Temperatur wird gegen das Ende der Krankheit intermittirend, so dass man den Eindruck mehrerer Pseudokrisen erhält.

4. Dieselbe charakteristische Temperatur wird in Fällen mit wie ohne Mittelohrcomplicationen beobachtet.

5. Frühzeitige Paracentese des Trommelfells modificirt den Verlauf der Erkrankung nicht.

6. Die Milz ist nicht vergrössert; Malariaplasmodien finden sich nicht: Chinin beeinflusst die intermittirende Temperatur nicht.

8. Die Erkrankung hat einen protrahirten Verlauf.

8. Patient neigt zu Rückfällen von ähnlichem Charakter, wenn die adenoiden Wucherungen nicht entfernt werden.

LEFFERTS.

50) **Bonveau. Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Verlauf von Complicationen seitens derselben. (De l'ablation à chaud des végétations adénoides dans le cours de leurs complications.)** *Gazette médicale du centre. 1. März 1909.*

Entgegen der gewöhnlichen Ansicht vertritt Verf. die Meinung, dass ein

Eingriff in solchen Fällen nicht gefährlich ist. Unter 612 Operationen hat er keine Blutung gehabt.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Johann Fein** (Wien). **Bemerkungen zu dem Aufsatz L. Vacher's: „Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique." Zur Wahrung der Priorität.** *Mit 1 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Fein nimmt die „Priorität der Angabe des im rechten Winkel nach der Seite hin abgebogenen Adenotoms" für sich in Anspruch und erkennt dem Erfinder des „neuen Instruments nur die Autorschaft für den abgeänderten Handgriff" zu.

HECHT.

52) **J. G. Stubbs. Die Technik der Adenectomie und eine vervollkommnete Curette. (The technique of adenectomy and a perfected curette.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation, die er in Seitenlage vornimmt; die Wucherung soll, wenn correct operirt wird, mit einem Zuge ganz entfernt werden.

EMIL MAYER.

53) **Otto Freer. Neue Methode zur Abtragung adenoider Wucherungen durch die Nasenhöhlen. (Nouvelle méthode d'ablation de végétations adénoides à travers les fosses nasales.)** *Archives intern. de larnyojol. September-October 1906.*

F. operirt mit einer Ingals'schen Zange, die er durch die Nase einführt, und in Allgemeinnarkose. Wir zweifeln, das dies Verfahren, das übrigens nicht neu ist, an die Stelle der klassischen Methode treten wird.

BRINDEL.

54) **C. Chauveau. Synkopeartige Späterscheinungen nach Adenotomie. (Accidents syncopaux tardifs à la suite de l'adénotomie.)** *Arch. intern. de laryngol. November-December 1906.*

Mittheilung zweier Fälle. Die Erscheinungen sind durchaus ähnlich denen, die nach bedeutenden chirurgischen oder anderen Traumen auftreten können.

BRINDEL.

55) **Weinstein** (New-York). **Ueber Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

In zwei Fällen trat einige Tage nach Operation der adenoiden Vegetationen Torticollis auf. Verf. ist der Ansicht, dass Schiefhals nach der Adenotomie öfter vorkommt, als man nach der Literatur annehmen sollte. Prognose günstig.

SEIFERT.

56) **L. Neufeld** (Posen). **Torticollis als Complication der Adenotomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 480. 1908.*

Verf. hat 3 Fälle beobachtet, bei denen nach Adenotomie ohne besondere Veranlassung Torticollis mit Fieber bis zu 38,5° eine Woche lang auftrat, und zwar im ersten Falle am zweiten Tage, im zweiten Falle am dritten Tage und im dritten Falle am fünften Tage nach der Operation. Die Dauer schwankte zwischen

14 Tagen und 2 Monaten. Jedesmal trat völlige Heilung ein. Schmerzhafte entzündliche tiefergelegene Lymphdrüsen dürften die Ursache der ausgelösten Muskelcontraction sein. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER)

c. Mundrachenhöhle.

57) **G. Anselmi. Ueber das Vorhandensein von Knorpelinseln und Epithelperlen in den Tonsillen. (Sulla presenza di noduli cartilaginei e di perle epitheliali nelle tonsille.)** *Neapel. Tipogr. Inglese. 1907.*

Verf. hat eine grosse Menge von Tonsillen von Neugeborenen und Föten in Serienschnitten untersucht. Er kommt zu dem Ergebniss, dass es sich bei den Knorpelinseln nicht um Metaplasien handeln könne, da in den Tonsillen immer nur eine solche Insel sich findet, deren Lage ganz bestimmt ist, nämlich im peritonsillären Gewebe, hinten und oben. Es handelt sich entweder um eine anormale Rückbildung des zweiten Kiemenbogens oder um eine Versprengung des letzteren oder der Tube.

Die Epithelperlen finden sich constant in der Tonsille der Föten und Neugeborenen; sie bilden sich aus den Epithelknospen, aus denen die Schleimdrüsen entstehen. FINDER.

58) **H. A. Barnes. Einige Punkte in der angewandten Anatomie der Tonsillen. (Some points in the applied anatomy of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Verf. betrachtet die Krypten und die Kapsel als die wichtigsten Bestandtheile der Tonsille vom pathogischen und chirurgischen Standpunkt. Die Structur der Kapsel, ihre Festigkeit und die Leichtigkeit, mit der sie von den darunter liegenden Geweben getrennt werden kann, machen die Loslösung der Tonsille in der Kapsel zu einer sehr praktischen Operation. Die Gefahr der Blutung ist grösser als bei der Tonsillotomie. Verf. zieht daher vor, den adhärirenden Teil der Tonsille an der unteren Hälfte der Kapsel mit der Schlinge zu lösen. EMIL MAYER.

59) **G. S. Hett. Ueber die anatomischen Varietäten der Gaumentonsillen und ihre Tragweite für die Behandlung krankhafter Zustände derselben. (On the anatomical varieties and their bearing on the treatment of pathological conditions of the palatine tonsils.)** *Lancet. 13. Februar 1909.*

Eine sehr interessante Arbeit. Verf. beschreibt zunächst die Entwickelung der Tonsille. Bei der Geburt besteht sie aus drei Massen, die durch zwei Furchen getrennt sind. Verf. hat die Tonsillen bei 100 Säugethierspecies untersucht und gefunden, dass sie viele von den Stadien zeigten, die man während ihrer Entwickelung im menschlichen Embryo sehen kann. Er unterscheidet verschiedene Arten von Tonsillen: 1. eingebettete, 2. vorspringende, 3. flache, 4. überhängende, 5. solche mit Vorwiegen der vorderen, mittleren oder hinteren Bestandtheile, 6. mit ausgesprochener Verlängerung auf der Zunge. Die beste Methode ist die Enucleation der Tonsille. ADOLPH BRONNER.

60) **Jonathan Wright. Die Tonsille vom Evolutionstandpunkt aus. (The tonsil from an evolutionary point of view.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908. N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. geht von der Ansicht Brieger's und Goerke's aus, dass die Hypertrophie der Tonsille einen gesteigerten Schutz gegen das Eindringen der unbekannten Keime der Kinderkrankheiten darstelle. Er möchte dies nicht positiv behaupten. Er ist geneigt, die Hyperplasie der Tonsille — nach seinen pathologischen und klinischen Erfahrungen und nach Analogie allgemein-biologischer Grundsätze — unter die Phänomene der organischen Evolution einzureihen. Jedenfalls zielen die Ergebnisse aller Betrachtungen dahin, dass die Function der Tonsille als ein Schutz gegen Infection aufzufassen sei. LEFFERTS.

61) **Charles P. Sylvester. Die Tonsillen und ihre Beziehung zur allgemeinen Gesundheit. (The tonsils and their relation to the general health.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bespricht die durch das erkrankte lymphatische Gewebe der oberen Luftwege ihren Eingang nehmenden Krankheiten, in erster Reihe den acuten Rheumatismus, der nach St. Clair-Thomson in 30—80 pCt. aller Fälle mit acuter Tonsillitis einsetzt. Eine andere Krankheit, die von den Tonsillen ausgeht, ist das Erythema nodosum. Verf. bespricht dann die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Tuberkulose, ferner die von den Mandeln ausgehenden Allgemeininfectionen mit Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken. Kretz hat 14 Fälle von tödtlich verlaufender Appendicitis mitgetheilt, die mit acuter Tonsillitis einhergingen oder denen eine solche vorausging. Hierher gehören auch die Todesfälle an acuter Nephritis nach Mandelentzündung bei Kindern. LEFFERTS.

62) **B. H. Orndorff. Prophylaxe als wesentliche Function der Tonsille. (Prophylaxis the essential function of the tonsil.)** *Journal Indiana State Medical Association. März 1908.*

O. betrachtet als Function der Tonsille, frühzeitig eine Immunität gegen Bakterientoxine zu schaffen. Wenn die Bakterien lange genug in den Krypten gewesen sind, um eine wirksame Vaccine hervorzubringen, die dann durch das Lymphserum durch den Körper getragen wird, dann greift für das betreffende Bakterium eine Immunität Platz. Dieser Mikroorganismus wird dann durch die von dem rückkehrenden Lymphstrom mitgeführten bakteriolytischen Stoffe unschädlich gemacht und aus dem Körper entfernt. EMIL MAYER.

63) **A. Iwanoff. Die atypischen Hypertrophien der Mandeln.** *Zeitschrift für Laryngol., Rinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 29. 1909.*

Bei der 27jährigen Patientin war die rechte Gaumenmandel in eine einer compacten Weintraube gleichende Geschwulst umgewandelt, von gräulicher bis schneeweisser Farbe und harter Consistenz. Druck auf die Geschwulst war nicht schmerzhaft. 2 Abbildungen.

Auch die linke Gaumenmandel hatte nicht ein normales Aussehen; sie war leicht vergrössert, von rauher Oberfläche und bestand aus mehreren kleinen Läppchen.

Die Blutuntersuchung ergab ein normales Resultat. Keine Drüsen.

Die grosse Geschwulst der rechten Gaumenmandel, die Schluckbeschwerden bedingt hatte, wurde mit dem Messer entfernt; die Blutung war gering. Mikroskopisch bestand der Tumor ausschliesslich aus lymphatischem Gewebe; Sarkom war sicher auszuschliessen. Es handelte sich somit um eine atypische Hyperplasie der Mandel.

OPPIKOFER.

64) **E. Hamilton White. Ein ungewöhnliches Exemplar von vergrösserter Mandel. (An unusual specimen of tonsillar enlargement.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1907.*

Die Tonsille war ungewöhnlich gross; sie mass 3,5 × 2,5 cm und wog 6,5 g; sie war gestielt; Lacunen waren auf der Oberfläche nur sehr wenige sichtbar.

EMIL MAYER.

65) **W. H. Roberts. Der Status lymphaticus nebst besonderer Berücksichtigung der Anästhesie bei Gaumenmandel- und Adenoidoperation. (The status lymphaticus with particular reference to anesthesia in tonsil and adenoid operations.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

1. Man soll bei Kindern mit Vergrösserung der oberflächlichen Lymphdrüsen, Adenoiden oder Zeichen von Rachitis sich stets die Möglichkeit des Status lymphaticus vor Augen halten.

2. Beim Status lymphaticus sind alle Anaesthetica gefährlich, ganz besonders aber Chloroform.

3. Bei allen Operationen an Kindern vermeide man Chloroform.

4. Bei Operationen zur Entfernung von Adenoiden und Gaumenmandeln ist Aether das sicherste Narcoticum.

EMIL MAYER.

66) **John Mc. Coy. Demonstration eines neuen Instruments zur Trennung von Mandel und Gaumenbogen. (Exhibition of new tonsil and pillar separator.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Beschreibung des Instruments.

EMIL MAYER.

67) **Lange** (Kopenhagen). **Fragmentarische klinische Betrachtungen über die Tonsillar- und Peritonsillarabscesse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 707. 1909.*

Nach eingehender Schilderung der bekannten Krankheitsbilder kommt L. auf die Therapie zu sprechen. Findet er bei Einschnitt in den vorderen Gaumenbogen den Peritonsillarabscess nicht, dann hält er es für zweckmässig, von der medianen Seite her mit einem winklig abgebogenen Instrument einzugehen.

Den peritonsillitischen Abscess von der medianen Seite aufzusuchen, beschreibt L. als scheinbar neues Verfahren.

OPPIKOFER.

68) **H. Lagarrigue. Die Peritonsillitis beim Säugling. (Amygdalite phlegmoneuse chez le nourrisson.)** *Dissert. Paris 1908.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Peritonsillitis und über einen Fall eitriger Tonsillitis, Säuglinge betreffend.

Die eitrige Entzündung in den Gaumenmandeln und im peritonsillären Zell-

gewebe derselben sind im Säuglingsalter sehr selten, unterscheiden sich in den wesentlichen Punkten nicht vom gewöhnlichen Bilde beim Erwachsenen und verlaufen auch in diesem frühen Lebensalter gutartig.

OPPIKOFER.

69) **Sargnon** (Lyon), **Boulloche** und **Robert** (Paris). **Nicht-diphtherische Angina pseudo-membranacea und Laryngitis. Laryngostomie. Verlöthung des Ringknorpels und Atrophie des Kehlkopfs. (Angine pseudo-membranense et laryngite non diphtériques. Laryngostomie. Soudure cricoidienne et atrophie larygienne.)** *Société des hôpitaux. 1908.*

Das Kind — ein 2jähriges Mädchen — starb am 16. Tage nach der Operation. Die Autopsie zeigte, dass die Todesursache einer Hypertrophie der Thymus zuzuschreiben war. Gegenwärtig beträgt die Mortalität bei Laryngostomie 8 pCt.; die Zahl der sicher auf die Operation zurückzuführenden Todesfälle muss auf 4 pCt. reducirt werden.

GONTIER DE LA ROCHE.

70) **F. Langlais. Die ulcerirende Scharlachangina. (Les angines nécrotiques ou ulcéro-perforantes de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1908.*

Während in den ersten Monaten der Scharlachepidemie in Paris 1907 Scharlachgeschwüre im Mund und Rachen selten zur Beobachtung kamen, wurden sie in den späteren Monaten der Epidemie etwas häufiger. Die Prognose dieser mit Mund- und Rachengeschwüren complicirten Scharlacherkrankungen ist schlecht zu stellen; Verf. beobachtete 15 Fälle, von denen 11 starben. 15 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

71) **Romeo** (Madrid). **Drei Fälle von Angina gangraenosa im Verlauf von Scharlach. (Tres casos de angina gangrenosa en el corso de la escarlatina.)** *Revista Clinica de Madrid. März 1908.*

Verf. hat mit Serumbehandlung keine Resultate erzielt; er empfiehlt Pinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

TAPIA.

72) **v. Sokolowski. Ein Fall von Gangrän der Gaumentonsille. (Przypadek zgorzeli migdalka.)** *Gazeta Lekarska. No. 7. 1909.*

Ein 56jähriger Kutscher, Alkoholiker, trat in das Krankenhaus wegen heftiger Halsschmerzen, Fieber und grosser Prostration ein; bei der Untersuchung wurde auf der linken stark geschwollenen Tonsille ein grauer, stinkender Belag gefunden; die Halsdrüsen waren stark angeschwollen; in den Lungen Bronchopneumonie. Der Kranke starb Tags darauf. Bei der Autopsie wurde nachgewiesen, dass der Belag nicht nur auf die Mandeln, sondern auch auf die Schleimhaut des Rachens der Trachea und grösseren Bronchien sich ausgedehnt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden typische Löffler'sche Bacillen vorgefunden. Verf. behauptet, dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch in verschiedenen anderen dunkel verlaufenden Fällen der sogenannten primären Gangrän der Tonsillen es sich um typisch verlaufende bösartige Diphtherie mit gangränösem Ausgang handelt.

AUTOREFERAT.

73) **Puterman** und **Breszel. Zur Casuistik der sogenannten Angina ulcero-membranacea Vincenti. (Przyczynek do wrzodziejacego zapa lenia gardzioli, wywolanego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 16. 1909.*

Der Verf. bespricht 2 derartige casuistische Fälle, den ersten bei einem 5jährigen Knaben, den zweiten bei einem erwachsenen Mann. Beim ersten handelt es sich um Mischinfection mit Löffler'schen Bacillen. Beim zweiten Falle wurden nur typische Vinzent'sche Bacillen in dem Mandelbelag vorgefunden. Beide Fälle verliefen günstig bei mässiger Temperaturerhöhung. In beiden Fällen zeigte sich als ein ganz charakteristisches Phänomen „Foetor ex ore."

A. v. SOKOLOWSKI.

74) **Novotny** (Wien). **Ueber Gaumengeschwüre bei Abdominaltyphus.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1909.*

Unter 102 in den letzten 10 Jahren auf der III. med. Klinik in Wien beobachteten Typhusfällen fanden sich in 24 Larynxaffectionen, meist flache, kleinere Geschwüre mit schmutziggrauem Belage, mehr oder weniger ausgesprochene Ulcerationen in 6 Fällen. Im letztbeschriebenen Falle von einer Mischinfection, Typhus und Paratyphus wurde, aus den Gaumengeschwüren Paratyphus B reingezüchtet und serologisch als solcher festgestellt. Nach dieser Statistik nehmen die Larynxerscheinungen nach den bronchitischen Erscheinungen die zweite Stelle ein mit 5,85 pCt. Ulcerationen.

HANSZEL.

75) **Gilliford B. Sweeny. Die tuberculösen Gaumenmandeln. (The tuberculous faucial tonsil.)** *Kansas City Medical Index Lancet. September 1908.*

Verf. entfernt die tuberculösen Mandeln mit dem Mathieux'schen Tonsillotom.

EMIL MAYER.

76) **R. Malterre. Ueber Fälle schnell verlaufender Gaumenmandeltuberculose. (De la tuberculose galopante des amygdales.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Gaumenmandeltuberculose entwickelt sich gewöhnlich secundär im Anschluss an eine Lungentuberculose. Doch giebt es auch Fälle primärer Gaumenmandeltuberculose; diese verlaufen manchmal sehr rasch und führen in wenigen Tagen zu ausgedehntem Zerfall. Als Beispiel giebt M. die Krankengeschichte eines Falles selbst beobachteter Gaumenmandeltuberculose; doch ist der Fall bezüglich des primären Entstehens nicht einwandsfrei, da das Sectionsprotokoll fehlt.

OPPIKOFER.

77) **Brindel. Diagnose des Schankers der Gaumenmandel. (Diagnostic du chancre de l'amygdale.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 19. 1908.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten interessanten Fall. Bei dieser Gelegenheit bespricht er die differentielle Diagnose dieser Affection gegenüber den acuten Anginen, der Angina Vincenti, der Peritonsillitis, der Diphtherie, den malignen Tumoren und den secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis.

BRINDEL.

78) **Federico Brunetti. Fibrom der linken Tonsille. (Fibroma della tonsilla sinistra.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. IV. 1909.*

Verf. giebt erst einen Ueberblick über das, was wir bezüglich der gutartigen

Mandelgeschwülste wissen, und theilt dann seinen einen 12jährigen Knaben betreffenden Fall mit, bei dem der taubeneigrosse Tumor zwischen linkem vorderen Gaumenbogen und Tonsille hervorragte. Abtragung mit der Scheere. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Bindegewebe bestand; an der Peripherie bestand eine Zone lymphatischen Gewebes. FINDER.

79) **J. L. Goodale. Lymphosarkom der Tonsillen. (Lymphosarcoma of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Es handelte sich um eine 45jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes ergab Lymphosarkom. Die Untersuchung in Aethernarkose zeigte, dass der Tumor auf den weichen Gaumen übergegangen war, die Zungenbasis infiltrirte. Verf. sah von einer Operation ab. Da Verf. in einem Fall von Hodgkins Krankheit gute Resultate mit dieser Behandlung erzielt hatte, so machte er auch dieser Patientin Injectionen von Terpentin und injicirte gleichzeitig alle drei Tage Vaccine von Staphglococcus aureus. Nach 10 Tagen war die Geschwulst fast verschwunden. Verf. schreibt die Besserung der Wirkung der Vaccineinjection zu. EMIL MAYER.

80) **H. Upcott. Epitheliom der Tonsille; ihre operative Behandlung. (Epithelioma of the tonsil; its operative treatment.)** *Lancet. 15. August 1908.*

Es werden zwei Fälle mit Abbildungen beschrieben. Präliminare Tracheotomie mit Gazetamponade des Pharynx. Eine Incision wird vom Processus mastoideus zur Schilddrüse gemacht; die Carotis externa wird unterbunden; der Kiefer wird schräg vor dem Masseter durchsägt. A. BRONNER.

81) **James M. Anders. Fall von Mandelstein. (Case of Tonsillolith.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem der Stein von selbst ausgestossen wurde. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

82) **J. A. Bisot. Die Diphtherie in Nancy. (La diphtérie à Nancy.)** *Dissert. Nancy 1907.*

In Nancy hat die Zahl der Diphtheriefälle in den letzten 30 Jahren bedeutend zugenommen. Doch ist die Mortalitätsziffer unbedeutend (0,21) und niedriger als in den meisten anderen französischen Städten. OPPIKOFER.

83) **M. Chevrel. Die Diphtherie in Havre 1880—1907. (La diphtérie au Hâvre 1880—1907.)** *Dissert. Paris 1908.*

Verf. giebt an Hand von Tabellen eine Uebersicht über die Ausdehnung der Diphtherie in Havre im Verlauf der letzten 27 Jahre. Die Krankheit hat seit 1880 wenig abgenommen; doch ist die Zahl der Todesfälle seit Anwendung des Serums und Dank der strengeren städtischen Maassregeln bedeutend gesunken.

Die Ausdehnung der Diphtherie ist, wie die Tabellen zeigen, abhängig vom Klima, vom Ort der Entstehung (ungesunde, zu stark bevölkerte Quartiere, Schule), von der mehr oder weniger strengen Durchführung der prophylaktischen Maass-

regeln. Der Director der Schule sollte avertirt werden, dann könnte man Präventivimpfungen vornehmen, die mehr erreichen als das Schliessen der Schule. Den Eltern sollte man Aufklärung bringen. OPPIKOFER.

84) **Mi H. Chene. Diphtherische Lähmung. (Diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 29. Mai 1909.*

Verf. sieht in dem Toxin des Diphtheriebacillus die Ursache für die Lähmungen. Das Gift steigt wahrscheinlich von den peripheren Nerven zu den Hirncentren auf. Die Behandlung soll in Antidiphtherieserum bestehen, auch wenn dies bereits früher im Verlauf der Erkrankung gegeben wurde, und zwar in Dosen, die genügend sind, um den Toxinen entgegenzuwirken. LEFFERTS.

85) **A. Lesage. Croup und Morphium. (Croup and Morphine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. empfiehlt das Morphium bei Croup zur Vermeidung der Erstickungsanfälle; Morphium werde von Kindern ausgezeichnet vertragen. Es werden bei einer Injection von 80—120 ccm Diphtherieserum je nach dem Alter des Kindes $^1/_4$, $^1/_3$ oder $^1/_2$ ccm einer 1 proc. Morphiumlösung gegeben. In den meisten Fällen schlafen die Kinder 5—6 Stunden ohne Spasmen und wachen eigentlich geheilt auf. Durch diese Behandlung soll die Intubation vermieden oder in anderen Fällen deren Dauer herabgemindert werden. LEFFERTS.

86) **Pulawski. Weitere Beiträge zur Serumtherapie diphtheritischer Angina. (Dalsze pnyczynki do leczenia blondey surowica swoista.)** *Przeglad Lekarski. No. 21. 1909.*

Verf. theilt seine Erfahrungen über 67 Fälle von Rachendiphtherie mit, die er im Laufe von 1907—08 in der Kinderpraxis mittelst antidiphtherischen Serums behandelt hat. Die Gesammtsterblichkeit war im Jahre 1907 6,3 pCt., im Jahre 1908 12 pCt., was nach Verf. sehr zu Gunsten der Serumtherapie spricht. Weiter bespricht derselbe verschiedene Complicationen, besonders den Ausschlag, und schliesslich vertheidigt er energisch die Serumtherapie. A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **Beverley Robinson. Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung im Frühstadium der Lungentuberculose. (Importance of laryngeal examination in early pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1909.*

An der Hand zweier Fälle, bei denen der Verdacht auf Lungentuberculose vorlag und, obwohl gar keine Symptome von Seiten des Kehlkopfs bestanden, die Untersuchung desselben auf die Diagnose führte, betont Verf. die Wichtigkeit der Laryngoskopie in solchen Fällen. Er empfiehlt übrigens für diese Frühformen Inhalationen. LEFFERTS.

88) **Arthur Meyer** (Berlin). **Ueber den Infectionsweg der Larynxtuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 716. 1909.*

M. setzt alle die Gründe auseinander, warum es sich bei der Larynxtuberculose fast durchwegs um eine Contactinfection handelt. Auf dem Blutwege

kommt tuberculöse Affection des Kehlkopfs nur bei allgemeiner Miliartuberculose vor, lymphogene Tuberculose nur, wenn Lupus oder Tuberculose des Pharynx und der Zungenwurzel sich auf den Larynx verbreiten.

OPPIKOFER.

89) **Glas** und **Kraus** (Wien). **Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose des Kehlkopfes.** *Med. Klinik. No. 26, 27. 1909.*

Die Generationsvorgänge (Gravidität, Entbindung und Puerperium) üben auf die Kehlkopftuberculose in der grossen Mehrzahl der Fälle einen ungünstigen Einfluss aus, diffuse ulcerirende Formen der Larynxtuberculose geben ganz besonders ungünstige Prognose, indem die meisten dieser Fälle im Puerperium zum Exitus kommen. Bei Progredienz eines Larynxprocesses erscheint, zumal bei gleichzeitig vorhandenem Lungenprocess, die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indicirt. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei progredienten Fällen ist contraindicirt, da diese das acute Fortschreiten des Processes in keiner Weise zu hemmen vermag. Bei relativer Stenose des Kehlkopfes ist die Tracheotomie vorzunehmen.

SEIFERT.

90) **M. J. Pottenger. Prognose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Prognosis and treatment of tuberculous laryngitis.)** *California State Journal of Medicine. October 1908.*

Auf Grund einer kritischen Betrachtung von 61 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bei frühzeitiger Diagnose ist die Prognose der Kehlkopftuberculose ungefähr dieselbe wie die der frühzeitig diagnosticirten Lungentuberculose.

2. Chronische Verdickung im Kehlkopf erfordert stets eine sorgfältige Untersuchung der Lungen; ergiebt diese das Vorhandensein von Tuberculose, so ist auch die Erkrankung des Kehlkopfs für tuberculös zu erachten.

3. Locale Behandlung führt keine Heilung herbei; eine rationelle Therapie richtet sich gegen die Erkrankung der Lungen.

4. Tuberculin ist bei verständiger Anwendung von unschätzbarem Werth, um eine Immunität herbeizuführen und die Larynxtuberculose zu heilen.

EMIL MAYER.

91) **L. J. Hammond. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The surgical treatment of the tuberculous larynx.)** *American Medicine. Februar 1909.*

Verf. empfiehlt eine tiefe Tracheotomie in den Frühstadien zur Heilung, in den vorgerückteren Stadien zur Erleichterung der Leiden. Um die Luft feucht zu halten, soll ein mit 0,2proc. Carbollösung getränkter Tampon vor die Trachealwunde gebracht werden.

EMIL MAYER.

92) **Arnoldsson Nils** (Stockholm). **Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose. (Larynxtuberkulosens kirurgiske behandling.)** *Vortrag auf der Versammlung der schwedischen oto-laryngologischen Gesellschaft am 24. October 1908.*

Demonstration von 8 Fällen (mit leichten und mittelschweren Veränderungen im Larynx und III. Stadium der Lungenkrankheit), die endolaryngeal operirt

wurden: 3 Fälle geheilt, 1 3jährig, 2 1jährig; 5 bedeutend gebessert, wurden später operirt. 2 Fälle mit Dysphagie; Amputatio epiglottidis mit gutem Erfolg.

Nach einer kurzen Besprechung der geschichtlichen Entwickelung der operativen Eingriffe mit Betonung der grossen Bedeutung von M. Schmidt, Heryng, Krause u. a. beschreibt der Vortragende die Technik und hebt dabei die Präcision derselben und die so weit wie möglich radicale Beseitigung der krankhaften Gewebe als nöthig hervor.

Die Indicationen für Curettement sind unbedeutende Ausbreitung („Tumorform“, Localisation in Taschen- und Stimmbändern, Epiglottis) bei gutem Allgemeinbefinden und gutartiger Lungenkrankheit. Die Indicationen der palliativen Eingriffe werden besprochen und die radicale Amput. epiglottid. hervorgehoben.

Die Tracheotomie ist nur selten nöthig, als curative Operation zweifelhaft.

Die Combination von Kehlkopftuberculose mit Gravidität und die Erkrankung im Kindesalter werden besprochen.

Nach einer ziemlich eingehenden Besprechung der extralaryngealen, directen Eingriffe (Laryngotomie etc.), ihrer Bedingungen, Indicationen, Erfolge, weist der Vortragende zum Schluss darauf hin, dass wir, um so viel wie möglich zu gewinnen, im Kampfe gegen die Tuberculose des Larynx auf dem chirurgischen Wege arbeiten müssen. Besonders wird betont, dass die Hals- und Brustärzte zusammenarbeiten müssen, dass die rationelle locale Therapie immer von einer modernen Anstaltsbehandlung unterstützt werden müsste. E. STANGENBERG.

93) **R. Hahn** (Turin). **Die Galvanokaustik in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (La Galvanokaustica nella tuberculosi laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. IV. 1909.*

Verf. wünscht die italienischen Fachgenossen mit dieser Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose, deren Vortheile er an der Hand einiger Fälle erörtert, bekannt zu machen. Verf. hat sich sowohl der energischen Cauterisationen nach Mermod wie des Tiefenstichs nach Grünwald, je nachdem ihm die eine oder die andere Methode in dem betreffenden Fall mehr angezeigt schien, bedient. Er hält die erstere indicirt bei ulcerativen und neoplastischen Formen, die zweite dagegen bei Infiltraten. Er meint, die besten Resultate werde man durch geeignete Combination beider Methoden erzielen.

Zum Schluss plaidirt Verf. dafür, dass die von Roepke (Zeitschr. f. Tuberculose, Bd. XIII, Heft 1, 1908) vorgeschlagene Classification der Larynxtuberculose allgemeiner eingeführt und mit der Turban-Gerhard'schen Classification der Lungenphthise combinirt angewandt werde. FINDER.

94) **John Tillman** (Schweden). **Ueber Sonnenlichtbehandlung und die übrigen phototherapeutischen Methoden bei Larynxtuberculose. (Om solljusbehandlingen och öfriga fototerapeutiska methoder vid struptuberkulos.)** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Verf., der Director eines Volkssanatoriums im nördlichen Schweden ist, hat nach Angaben von Sorgo, Kunwald, Jessen u. a. einige Fälle von Larynxtuberculose mit Sonnenlicht behandelt. Betreffend die Verwendbarkeit der Methode

sagt Verf., dass sie leicht zu lernen ist und dass sie lästige Erscheinungen niemals hervorruft.

Fall 1. 30jährige Frau, am 31. März 1905 in das Sanatorium aufgenommen, am 9. September entlassen. Kleine Infiltration in der linken Lungenspitze, der freie Rand der Epiglottis infiltrirt, uneben und leicht ulcerirt; die Schleimhaut der Regio interaryt. geröthet und angeschwollen, besonders links; am linken Taschenband ein grauweisses Infiltrat, von dem das linke Stimmband vollständig bedeckt ist. Ende April wurde die Heliotherapie eingeleitet, und zwar mit dem Erfolg, dass nur eine geringe Unebenheit der Epiglottiswand, eine geringe Anschwellung des Lig. ary-epigl., eine sehr kleine Verdickung des linken Taschenbandes und eine leichte Anschwellung und Röthe des linken Stimmbandes zu constatiren war. Die linke Lungenspitze physikalisch unverändert. Die Patientin wurde später mehrmals untersucht und noch im October 1908 konnte die Heilung ihres Larynx constatirt werden.

Fall 2. Gemeindeschullehrer, 27 Jahre, wurde zum zweiten Male am 31. Januar 1906 in das Sanatorium aufgenommen; beide Lungen im Stadium II. Der Kehlkopf, der früher gesund gewesen war, zeigte jetzt folgende Veränderungen: der obere Theil der Epiglottis geröthet und geschwollen, am freien Rand und an der hinteren Fläche mehrere Geschwüre, oben und tiefer unten eine 10 pfennigstückgrosse Ulceration. Vom 10. März an mit Sonnenlicht (nach Sorgo) behandelt, und bei der Entlassung (am 29. Juni 1906) sah der obere Theil des Kehldeckels gesund aus; die tiefer sitzenden Geschwüre waren noch unverändert. Der Patient behandelte sich später zu Hause mit dem Erfolge, dass der Kehldeckel am 5. Juni 1907 geheilt war. Die Heilung dauerte noch im October 1908 an.

Fall 3. 21jährige Frau. Tuberculosis pulmon. sin. et laryngis seit dem Winter 1905; seit Februar 1906 Kehlkopf vom Specialisten behandelt; in das Sanatorium am 26. März aufgenommen, entlassen am 16. October. Die Larynxschleimhaut überall geröthet; an der hinteren Wand eine 10pfennigstückgrosse Prominenz ohne deutliche Ulceration: beide Taschenbänder infiltrirt, rechts davon eine Erosion; die Stimmbänder sehen gesund aus. Vom 10. April bis 15. October Sonnenlichtbehandlung: die Infiltration der Taschenbänder und der hinteren Wand bedeutend vermindert. Die Besserung dauerte bis zum Februar 1908, wo die Patientin sich Influenza zuzog. Der Zustand der Lungen, sowie der des Kehlkopfes verschlimmerte sich allmählich. Bei der zweiten Aufnahme (am 21. October 1908) zeigte sich in der Regio subglottica ein vom rechten Stimmbande ausgehendes, theilweise ulcerirtes Infiltrat. Durch eine allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung, durch Schweigen in Verbindung mit Sorgo-Sitzungen gingen die Veränderungen im Kehlkopf nach 2—3 Monaten zurück.

Fall 4. Ingenieur, 35 Jahre. Aufgenommen am 16. December 1905, entlassen am 3. October 1906 (Stadium III, Turban). Aphonie; Introitus laryngis etwas geröthet, beide Stimmbänder mit Pseudoulcerationen; an der hinteren Wand infiltrirt. Sonnenlichtbehandlung: Nach einem Monat Stimme fast klar, die Stimmbänder etwas trübe, die Geschwüre geheilt. Am 29. September 1908 schreibt Patient: „Der Kehlkopf normal, die Stimme nach Erkältung etwas belegt; keine Schmerzen; keine Behandlung.“

Seine Erfahrungen fasst Verf. dahin zusammen: Die Heliotherapie kann gute Erfolge, ja dauernde Heilung auch bei grossen, aber nicht zu diffusen Infiltrationen geben; sie ist ein werthvolles Hülfsmittel, besonders bei solchen Fällen, wo die so wichtige allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung durchgeführt werden hann.

Die übrigen phototherapeutischen Methoden sind vom Verf. nur flüchtig erwähnt.

E. STANGENBERG.

95) **P. Gerber** (Königsberg). **Zur Behandlung der tuberculösen Epiglottis.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 739. 1909.*

G. empfiehlt an der Hand von 3 Fällen bei Tuberculose des Kehldeckels die Anwendung der kalten Schlinge. Schmerzen, Blutung, nachträgliche Reaction sind gering und in Folge dessen der Erfolg rasch eintretend.

Von der Tracheotomie zur „Ruhigstellung des Kehlkopfes" hat G. keinen Erfolg gesehen.

OPPIKOFER.

96) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Primärer Kehlkopflupus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 487. 1908.*

Nachdem Verf. auf die Art der Infection und die subjectiven Beschwerden beim Kehlkopflupus eingegangen, schildert er ausführlich zwei von ihm selbst beobachtete typische Fälle, von denen der erste so milde verlief, dass eine active Therapie nicht nöthig wurde. Die Prominenzen schwanden grösstentheils auf dem Wege der Resorption. In diesem Falle waren Epiglottis, aryepiglottische Falten, Taschenbänder und die Regio hypoglottica ergriffen, die Stimmlippen dagegen freigeblieben.

Weit schwerer ist der zweite Fall, der ein relativ ungünstiges Resultat — Stimmverlust und Athemstörung — herbeiführte.

Hier ist die Narbenbildung stark ausgesprochen, wodurch sich ein Diaphragma in der Stimmbandregion bildete, das für Stimme und Athmung grossen Schaden brachte. Bei beiden Fällen fiel die conjunctivale Tuberculinreaction positiv aus.

Zum Schlusse bespricht Verf. die Differentialdiagnose, besonders gegen Papillom, Lues und Tuberculose und macht dann noch einige Bemerkungen in Bezug auf die Behandlung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

97) **Howard Fox. Ein Fall von Lepra des Kehlkopfs. (A case of laryngeal leprosy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Pat. ist 23 Jahre alt; er ist in Trinidad geboren und kam mit 12 Jahren nach Amerika. Bald nachdem er sich in Brooklyn ansässig gemacht hatte, traten die ersten Hauterscheinungen auf. Vor 3—4 Jahren wurde er heiser; er wurde mit Chaulmoograöl behandelt, das ihm gut that, und als schwere Dyspnoe auftrat, mit Cocainspray.

Zur Zeit besteht — ausser den typischen Veränderungen an der äusseren Haut — atrophische Rhinitis, Perforation des Septum, tiefe Ulcerationen des harten Gaumen und Pharynx; die Epiglottis besteht auf der einen Seite aus einer unregelmässigen geschwollenen Masse, die auch Untersuchung des Kehlkopfraumes unmöglich macht und Dyspnoe verursacht.

EMIL MAYER.

98) **W. Albrecht** (Berlin). **Bemerkungen über Pachydermia diffusa laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 475. 1908.*

Beschreibung eines seltenen Falles von Pachydermia laryngis, bei dem beide Stimmlippen in ihren vorderen Parthien bis zu etwa zwei Dritteln mit weissen, kreidigen, den freien Rand etwas überragenden, glatten Massen bedeckt waren, welche membranartig den Stimmlippen auflagen und denselben fest anhafteten. Die Stimmlippen selbst waren dunkelroth und infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Epithelvermehrung und Verhornung. Der Befund entspricht dem an der Leiche bei vorhandener Pachydermie stets wahrnehmbaren Bilde. A. glaubt, dass es sich hier um eine ungewöhnlich stark ausgeprägte Form einer bei jeder Pachydermie vorkommenden, am Lebenden jedoch makroskopisch nicht nachweisbaren Erkrankung handelt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Lemaitre** und **Lecomte. Laryngo-Typhus. (Laryngo-typhus.)** *Société anatomique. 13. December 1907.*

Der Fall hatte die Tracheotomie erfordert. Primäre Perichondritis, Nekrose der Aryknorpel; beiderseits Fisteln im Niveau des hinteren Ansatzes der Stimmbänder. GONTIER de la ROCHE.

100) **H. S. Birkett** und **H. S. Muckleston. Ein Fall von Perichondritis des Larynx im Verlauf von Typhus. (A case of Perichondritis of the Larynx occuring during the course of Typhoid fever.)** *Montreal Medical Journal. August 1907.*

Er kam zur Tracheotomie. Die Stimmlippen lagen in der vorderen Hälfte aneinander, in der hinteren Hälfte waren sie nur wenig beweglich. Man sah die subglottische Gegend durch eine symmetrische Schwellung auf beiden Seiten verengt. Eine operative Behandlung wurde nicht für angezeigt gehalten.

EMIL MAYER.

101) **W. Rieser. Kehlkopfcomplication bei Typhus. (Laryngeal complications of typhoid fever.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1908.*

B. findet Mittheilungen über fast 300 Fälle. Folgendes betrachtet er als ätiologische Momente: 1. Reibung und Reizung durch Phonation und Schluckakt nebst constantem Husten etc., dies auf einer Schleimhaut, die zu einem an allgemeiner Typhustoxaemie leidenden Organismus gehört. 2. Eine Schleimhaut selbst in einem Zustand katharrhalischer Entzündung mit geschwollenem Oberflächenepithel. 3. Thermische Einflüsse, Hitze oder Kälte oder beides in rascher Folge. 4. Bacterien, indem das lymphoide Gewebe an allen Theilen des Organismus der primären Invasion des Typhusbacillus ausgesetzt ist. 5. Ausbreitung der pharyngealen Affection bei Parotitis mit Infiltration der ary-epiglottischen Falten. 6. Der dorsale Decubitus. LEFFERTS.

102) **Lahaussois, Sargnon** (Lyon). **Laryngotyphus; Canülenträger; Besserung durch Caoutschoucdilatation. Polypoide subglottische Degeneration. Laryngostomie. Heilung. (Laryngotyphus; canulard; améliorisation par la dilatation caoutchoutée. Dégénérescence polypoide sous-glottique. Laryngostomie. Guérison.)** *Lyon Médical. 28. März 1909.*

Titel besagt den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

103) **L. Simkó** (Budapest). **Cyste des Kehldeckels.** *Orvosi Hetilap. No. 21. 1909.*

Die nussgrosse Cyste sass auf der rechten vorderen Fläche des Kehldeckels. Punction. Entfernung eines Theils der Cystenwand. v. NAVRATIL-POLYAK.

104) **Henry Swain. Cysten, Abscesse und Oedem der Epiglottis. (Cysts, abscesses and edema of the epiglottis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. unterscheidet verschiedene Typen der Entzündung: Die Branchialcysten mit recurrirender Erweiterung, Oedem der Epiglottis mit Abscessbildung, und das flüchtige Oedem, wie es bei Entzündungen im Halse auftritt; er bespricht die differentielle Diagnose gegenüber der Perichondritis bei Typhus, sowie bei Tuberculose und Syphilis, ferner das Oedem bei Allgemeinerkrankungen, Verbrennungen und anderen Traumen. EMIL MAYER.

105) **F. Massei. Riesengeschwülste des Kehlkopfs. (Tumori gigantei della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. IV. 1908.*

Giant tumors of the Larynx. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. bezeichnet als „Riesengeschwülste des Kehlkopfs" Tumoren, gutartige wie bösartige, die infolge ihrer enormen Grösse schon an sich, ohne Rücksicht auf ihren histologischen Charakter eine Lebensgefahr darstellen. Er hat dabei besonders gewisse Haemoangio-Endotheliome, die in Begleitung von Sarcomatose der Haut auftreten, sowie manche isolirte Carcinome des Kehlkopfinnern im Auge. Bei den gutartigen Tumoren empfiehlt er — eventuell nach vorausgegangener Tracheotomie — die endolyngeale Operation. FINDER.

106) **Harmon Smith. Multiple Papillome des Kehlkopfs bei Kindern. (Multiple papilloma of the Larynx in children.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. räumt unter den ätiologischen Momenten der Syphilis eine Rolle ein und behauptet, dass die Geschwülste oft unter Anwendung von Jodkali verschwinden. Er bespricht das klinische Bild und die Diagnose der Papillome und sagt wohl nicht mit Unrecht, dass gewiss schon mancher Fall von Papillomen für Croup gehalten wurde.

Was die Behandlung anbelangt, so ist Verf. ein Gegner der Thyreotomie bei Kindern. Die Tracheotomie ist natürlich indicirt bei bestehender Athembehinderung, aber auch, wenn intralaryngeale Eingriffe unmöglich sind, sowie in Fällen von sehr schneller Recidivbildung.

Verf. hat — da er Hautwarzen nach der Anwendung von Castoröl hat verschwinden sehen — auch bei Larynxpapillomen täglich einige Tropfen in den Kehlkopf injicirt, er ist aber bisher mit dieser Behandlung zu keinem definitiven Resultat gelangt. EMIL MAYER.

107) **L. Rosa H. Gantt. Bericht über einen Fall von Angio-Myxo-Sarkom des Kehlkopfs. (Report of a case of Angio-Myxo-Sarcoma of Larynx.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Ein 67jähriger Mann zeigte einen grossen Tumor, der fast das Lumen aus-

füllte. Operation wurde vom Patienten verweigert. Einige Tage später wurde nach einem sehr heftigen Hustenanfall ein ca. 5 cm langes und 1 cm dickes Stück des Tumors ausgehustet. Der Tumor entwickelte sich aber so rasch, dass er bereits nach einer Woche so gross war wie vorher. Eine Operation von aussen wurde angerathen, kam aber nicht zur Ausführung. Ein Stück wurde per vias naturales entfernt. Pat. starb kurz darauf.

EMIL MAYER.

108) **John Murphy. Kehlkopftumor; Tracheotomie und Thyreotomie. (Laryngeal tumour; tracheotomy and thyreotomy.)** *Intercolonial Medical Journal (Melbourne). 20. Mai 1909.*

Es handelte sich um ein Fibro-Myxom, das sehr gross war und von der Unterfläche des linken Stimmbandes ausging. Verf. war der Ansicht, dass eine endolaryngeale Operation nicht angängig war, da eine Verletzung der Stimmbänder nicht zu vermeiden gewesen wäre. Es wurde also die Tracheotomie und Thyreotomie unter lokaler Anästhesie gemacht und auf diese Weise der Tumor entfernt.

A. J. BRADY.

109) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Kehlkopftumoren mit directer Laryngoskopie. (The removal of laryngeal tumors by direct Larynscopy.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Es handelte sich um einen subglottischen Tumor, der unter directer Laryngoskopie entfernt wurde.

EMIL MAYER.

110) **St. Clair Thomson. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the Larynx.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1908.*

Es giebt keine Stelle im Organismus, wo der Krebs bessere Chancen für die Heilung giebt, als das Innere des Larynx, ebenso wie es keine ungünstigere Lokalisation giebt, als wenn die Neubildung aussen am Kehlkopf sitzt. Es folgt daraus die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose.

LEFFERTS.

111) **Tapia** (Madrid). **Ein Fall von halbseitiger Kehlkopfexstirpation wegen Krebs. (Un caso de laringuectomia parcial [hemitirectomia] por cancer.)** *Revista Clinica de Madrid. Februar 1908.*

Verf. betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose für den Erfolg der Radicaloperation. Es handelte sich um einen 64jährigen Mann mit Aphonie, Tumorbildung am linken Stimmband und Immobilisation desselben. Histologische Untersuchung ergiebt Carcinom. Operation in zwei Zeiten: I. Tracheotomie, II. 14 Tage später Exstirpation der linken Schildknorpelplatte mit dem Tumor. Heilung mit fast normaler Stimme.

TAPIA.

112) **Sendziak. Behandlung des Kehlkopfcarcinoms. (Letschenie raka gortani.)** *Jeshemesjatschnik. Bd. 2. p. 377.*

S. resumirt seine kurze Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Operative Behandlung giebt 26 pCt. Heilungen.

2. Die Resultate sind nach dem Jahre 1888 noch besser, nämlich 32,6 pCt. mit gutem Ausgange.

3. Dasselbe bezieht sich auf die Recidive wie auch auf den tödtlichen Ausgang.

4. Laryngofissur giebt die besten Resultate — ungefähr 50 pCt. Heilungen. —

5. Bezüglich der Recidive giebt die Exstirpation des Kehlkopfes die besten Resultate.

6. Die direkte Lebensgefahr nach der Layngofissur als solcher beträgt nach 1888 nur 2,5 pCt.

P. HELLAT.

113) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfkrebs; Larynxexstirpation nach 12jähriger Beobachtung. (A case of laryngeal carcinoma; Laryngectomy after twelve years observation.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Gleitsmann hatte über diesen Fall bereits vor 12 Jahren berichtet. Man sah damals eine schneeweisse Masse, die entweder dem rechten Stimmband aufsass oder aus dem Ventrikel hervorragte; es sah aus, als ob ein Stück Watte im Ventrikel sässe. Das Hauptinteresse des Falles besteht darin, dass wiederholte Untersuchungen von entnommenen Stücken 12 Jahre später, als der Tumor wieder auftrat, keine Malignität ergaben. Da aber der Patient anfing, Zeichen einer beginnenden Kachexie aufzuweisen, so wurde die Laryngektomie gemacht. Tiefe Einschnitte zeigten jetzt die maligne Natur der Geschwulst. Verf. meint, die gegenwärtige Methode der Stückchenentnahme zur mikroskopischen Diagnose sei ungeeignet und führe zu Irrthümern.

EMIL MAYER.

114) **Portela** (Cadiz). **Eine kleine Modification in der Technik der Thyreotomie. (Una pequana modificacion en la técnica de la tirotomia.)** *Boletina de laringologia. September-October 1908.*

Lokale Anästhesie wird bewerkstelligt, indem durch einen intralaryngealen Einstich durch das Lig. conicum mittels einer Pravaz'schen Spritze Cocain eingespritzt wird.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

115) **K. H. Jones. Acute Thyreoditis. (Acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Mai 1909.*

25jähriger Chinese klagt über Steifigkeit und etwas Schmerzen am Hals, sowie etwas Luftbeklemmung. Nach 3 Tagen erhebliche Schwellung am Halse; man konnte jetzt eine symmetrische Vergrösserung der Schilddrüse constatiren. Leichtes Fieber und erhebliche Dysphagie. Jodpinselungen und Jodkali innerlich wurden verordnet. Heilung in einer Woche.

LEFFERTS.

116) **Notiz des Herausgebers. Einfache acute Thyreoiditis. (Simple acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Während Entzündungen der Schilddrüse im Verlauf fieberhafter Erkrankungen als eine bisweilen vorkommende Complication wohl bekannt sind, ist die primäre acute Thyreoiditis sehr selten. Verf. geht von einem durch E. Weber (Revue médicale de la Suisse romande März 1909) berichteten Fall aus. Er hält die Anwendung von Jod für schädlich. Man soll für Desinfection der oberen Speisewege sorgen, da möglicherweise die Entzündung ihren Ursprung in einer unerkannt gebliebenen Halsentzündung hat.

LEFFERTS.

117) G. E. Pfahler. **Eine Zusammenstellung der durch Röntgenbehandlung erzielten Resultate bei Morbus Basedow. (A summary of the results obtained by the x-ray treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Aus den in der Literatur gesammelten 51 Fällen scheint dem Verf. hervorzugehen, dass 1. in ungefähr 75 pCt. der Fälle entschieden Besserung erwartet werden kann; 2. diese Besserung sich in Gewichtszunahme und Kräftigung und allmählichem Verschwinden der Basedowsymptome äussert; 3. gewisse Besserung im Laufe eines Monats und nach 6—12 Sitzungen constatirt werden kann; 4. bei geeigneter Behandlung keine Gefahr vorhanden ist.

Die Dauer der Resultate ist noch fraglich. Die Berichte liegen vor über eine mehrmonatliche bis drei Jahre lang dauernde Beobachtung. Die harnäckigsten Symptome sind der Schilddrüsentumor und der Exophthalmus. Die Strahlen sollen auf die Schilddrüse gerichtet werden und solange, bis eine leichte Dermatitis auftritt, aber nicht mehr. Verf. meint, die Behandlung verdiene jedenfalls versucht zu werden.

LEFFERTS.

118) J. C. Price. **Die Röntgenstrahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The x-ray in the treatment of exophalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 20. März 1909.*

Verf. befürwortet die Anwendung der Roentgenstrahlen in den Fällen, in denen der Chirurg die Operation verweigert oder die nicht so schwer sind, dass eine Operation nöthig wäre.

LEFFERTS.

119) W. Milton Lewis. **Ein Fall von primärem Plattenepithelkrebs der Schilddrüse mit Metastasen in Lungen, Lymphdrüsen und Haut. (A case of squamous celled epithelioma, apparently primary in the thyreoid gland. Metastatic growths in the lungs, lymph glands and heart.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Ausführliche Krankengeschichte einer 64jährigen Frau. Aus dem Obductionsbefund geht, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor, dass der primäre Sitz des Tumors in der Schilddrüse war.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

120) Guisez (Paris). **Ueber die Rolle der Aortenaneurysmen in der Aetiologie der Spasmen und schweren Stenosen des Oesophagus. (Du rôle des aneurysmes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux. 12. Februar 1909.*

Verf. hat 6 derartige Fälle beobachtet; in 5 sass die Stenose im Niveau des Aortenbogens, in einem im Niveau des Zwerchfells.

Die Wand schien bei der oesophagoskopischen Untersuchung wie durch einen pulsirenden Tumor hochgehoben. Die spastischen Erscheinungen haben hier mehr Bedeutung als die Stenose selbst. In Bezug auf die Dysphagie hat die Compression der Nerven durch den Tumor eine grosse pathogenetische Bedeutung.

GONTIER de la ROCHE.

121) **Lindt** (Bern). **Krankenvorstellung eines 6jährigen Kindes mit Cardiospasmus.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No 21. 1907.*

Der Knabe spie seit den ersten Lebenszeiten stets die feste Nahrung kurze Zeit nach dem Verschlucken wieder aus, war aber dabei munter und gesund, jedoch sehr mager. Das Erbrochene zeigte sich niemals sauer und enthielt nie Magensaft. Rasch ausgeführte Sondirung mit feiner Sonde gelangte bis in den Magen, aber dickere Sonden stiessen auf ein unüberwindliches Hinderniss dicht oberhalb desselben.

Zweimal täglich 0,5 Brom in Codeinsirup und indirecte psychische Beeinflussung heilte das Uebel in einigen Tagen, so dass das Kind bald mit Heisshunger jegliche Nahrung leicht schlucken und bei sich behalten konnte. JONQUIÈRE.

122) **A. B. C. Ashurst. Strictur der Speiseröhre nebst Bericht über 8 Fälle. (Stricture of the Esophagus with a report of 8 cases.)** *Pennsylvania Medical Bulletin. December 1908.*

Die Fälle sind im Lauf von 12 Jahren im Kinderhospital von Philadelphia zur Beobachtung gekommen. In 7 Fällen handelte es sich um Laugenverätzung. In einem Fall war die Ursache unauffindbar; nach dem Tode fand sich eine indurirte Partie in der Speiseröhre. Das Alter schwankte zwischen 2 und 7 Jahren. In einem Fall trat nach Einführung einer Bougie tödtlich verlaufende Pneumonie ein. 5 Fälle wurden operirt. EMIL MAYER.

123) **Guisez. Fremdkörper durch Oesophagoskopie entfernt. (Corps étrangers enlevés par oesophagoscopie.)** *Soc. méd. de Paris. 27. März 1909.*

Verf. giebt 18 Beobachtungen von verschiedenen mittels der Oesophagoskopie entfernten Fremdkörpern: Knochen, Fischgräten, Münzen, Knöpfe, künstliche Gebisse u. s. w. Er bedient sich mit grossem Vortheil der Tuben mit Dilatationsvorrichtung; sie können an ihrem Ende auseinandergespreizt werden, so dass im Moment der Extraction die Wände geschützt werden. A. CARTAZ.

124) **J. Mc. Coy. Entfernung eines Hindernisses aus dem Oesophagus eines Kindes mittels der directen Oesophagoskopie. (Removal of an obstruction from the esophagus of a child by means of direct esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 1909.*

Es handelte sich um die Entfernung eines in Granulationsmassen eingebetteten Knopfs aus dem Anfangstheil der Speiseröhre. Die Operation wurde in Aethernarkose vorgenommen. Das Kind starb am 4. Tage darauf an einer Pneumonie. EMIL MAYER.

125) **Villalonga. Zwei Fälle von Oesophagotomie zur Extraction eines Fünfcentimestücks; Naht des Oesophagus. (Dos casos de esofagotomia para extraer una moneda de 5 céntimos; sutura del esófago.)** *La Medicine de los ninos. October 1907.*

Mittheilung zweier Fälle. TAPIA.

126) **Rudsit** (Kurland). **Beitrag zur Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi.** *Dissert. Bern 1908.*

37 Fälle aus der chirurgischen Klinik, unter Berücksichtigung des postoperativen Verlaufs. Schlüsse:

In der Behandlung des Carcinoma oesophagi steht die Gastrostomie in erster Linie, indem ihr auch eine vorübergehende curative Wirkung zukommt. Am empfehlenswerthesten hinsichtlich der functionellen Resultate ist die Bildung eines Schrägkanals mittels Verlagerung des M. rectus abdomin. zur Erzielung eines muskulösen Verschlusses.

JONQUIÈRE.

127) **Nathan W. Green. Künstlicher intrapulmenaler Druck; Anwendung auf die Chirurgie der Speiseröhre. (Artificial intrapulmonary pressure; application to surgery to the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juni .1908.*

Für Operationen in der Brusthöhle braucht die Druckdifferenz nur ungefähr 7 mm Hg zu betragen. Ob der Druck negativ oder positiv ist, hält Verf. für praktisch nicht so wichtig; die Hauptsache ist, eine Methode ausfindig zu machen, um die Druckdifferenz erhalten und in Anwendung bringen zu können. Verf. hat sich bei seinen Experimenten des intermittirenden positiven Druckes bedient, der direkt durch einen intralaryngealen Tubus in die Lungen geführt wurde. Er hat so verschiedene Operationen des Oesophagus an Versuchsthieren ausgeführt, z. B. Durchschneidung des stomachalen Endes und Implantation desselben an eine andere Stelle der Cardia, die durch eine Oeffnung im Zwerchfell nach oben gezogen wurde.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Patrick Watson Williams** (Bristol). **Suppurative diseases in the nose and ear with special reference to some newer methods in treatment.** Long Fox Lecture. Bristol. Arrowsmith. 1908.

Es wird zuerst ein Ueberblick über die Anatomie der Nebenhöhlen mit besonderer Berücksichtigung von deren Erkrankungen und ihren Complicationen gegeben, und es folgt dann ein Capitel über die chronischen Eiterungen. Interessant ist ein Fall, in dem auf Grund von starken Schmerzen, die in das Ohr localisirt wurden, dies aber völlig gesund befunden wurde, eine Eiterung der Keilbeinhöhle diagnosticirt worden war; sonstige auf eine Erkrankung der Höhle zu beziehende Symptome waren sehr unbestimmt. Der Patient erkrankte dann an Influenza und Cerebrospinalmeningitis; die Section ergab, dass in dem entsprechenden Sinus cavernosus eine Eiterung bestand. Ferner wird ein Fall von Keilbeineiterung mit Thrombose des Sinus cavernosus und Exophthalmus beschrieben.

Verf. führt einige Beispiele von Hypertrophie der äusseren Nase und Oberlippe nach recidivirendem Erysipel in Folge von Nebenhöhleneiterung an.

Zur Erklärung der Pathogenese der Nasenpolypen stellt Verf. folgende Theorie auf: Die pathogenen Organismen dringen in das Epithel und in die Lymphräume ein und werden zu den kleinen Lymphgefässen gebracht, wo sie mit

oder ohne Entstehung einer Lymphangitis eine Lymphstauung verursachen. Da die Blutzufuhr ungestört bleibt, die secretorische Function der Schleimhaut andauert, so wird die in die Lymphräume ergossene Flüssigkeit nicht entfernt und staut sich. Geht dies nahe der Oberfläche vor sich, so sieht man eine entsprechende Vorwölbung des Epithels sich erheben; geschieht es tiefer in der Mucosa, so entsteht ein blasser Bezirk im ödematösen Bindegewebe. Mit Zunahme der Stauung beginnt die dem behinderten Lymphabfluss entsprechende Region sich emporzuheben, bis sich ein kleiner Polyp bildet. Hört die Zufuhr von infectiösem Material auf, und stellt sich die Lymphcirculation wieder her, so kann der Polyp verschwinden; bleibt aber das Lymphgefäss verlegt, so wächst der Polyp. Da es sich bei Bildung jedes Polypen nur um einen umschriebenen Bezirk von Lymphgefässen handelt, so haben sie, wie gross sie auch sein mögen, nur einen verhältnissmässig schmalen Stiel.

In dem Capitel über Therapie werden einige interessante Fälle von Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen mit opsonischen Vaccinen mitgetheilt.

Was die Radicaloperationen betrifft, so macht er bei dem Highmorshöhlenempyem mit einer besonderen Trephine (angefertigt von Mayer und Meltzer) ein grosses Loch — von der Grösse eines Sixpennystückes — in der Fossa canina. Von dieser Oeffnung aus kann die Höhle genau inspicirt werden. Dann wird die Trephine gegen den vorderen Theil der lateralen Sinuswand, der dem unteren Nasengang entspricht, angedrückt, durch den in der Nase eingeführten Finger das Septum geschützt und nun eine Oeffnung nach der Nase zugemacht, die vollkommen rund ist, glatte Ränder hat. Die Knochenscheibe und der entsprechende Theil der unteren Muschel bleiben in der Trephine stecken. Es ist eine leichte Operation, die den Vortheil hat, dass so wenig gesundes Gewebe wie möglich fortgenommen wird.

Bei Pansinusitis macht Verf. eine osteoplastische Operation, die freien Zugang zu den Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle sowie zu der Stirnhöhle gestattet, bei der aber keine Depression oder sonstige Entstellung zurückbleibt.

Es wird eine Incision längs der Augenbraue gegen die Nasenwurzel hin gemacht, von da aus nach unten direct längs der Mittellinie. Haut, Weichtheile und Periost werden über der Vorderwand der Stirnhöhle, deren Grösse vorher radiographisch festgestellt werden kann, nach oben geschoben und die Vorderwand bis 3—4 mm über dem Boden fortgenommen. Nachdem soviel von dem Boden, als nöthig erscheint, fortgenommen worden ist, wird eine zweite, ca. 2 cm lange Incision längs des inneren unteren Orbitalrandes gemacht, durch die die Fossa lacrymalis freigelegt wird, der Ductus wird nach aussen geschoben und dann mit Meissel und Hammer eine Oeffnung nach der Nasenhöhle geschaffen. Durch die Nase wird eine feine Säge eingeführt, die durch jene Oeffnung herausgeführt wird und der Processus nasalis des Oberkiefers durchgesägt; ein zweiter Sägeschnitt wird vom Sinus frontalis nach unten zu der Fossa lacrymalis geführt, der den Knochen von hinten nach vorne durchtrennt und die Weichtheile intact lässt. Wird der Processus nasalis des Oberkiefers von hinten her durchsägt, so wird die Art. facialis nicht durchtrennt und die Hauptblutzufuhr zu dem Lappen nicht aufgehoben. Die erste Incision wird dann mittels einer Säge vervollständigt; er geht

grade durch in den Ductus naso-frontalis nach unten, so dass das Nasenbein nahe der Mittellinie, aber noch nach aussen von seinem Ansatz am Septum durchtrennt wird. Der osteoplastische Lappen wird dann nach aussen geklappt; man hat freien Zugang zu der naso-frontalen Region und den Siebbeinzellen, die leicht — wenn nöthig — ausgekratzt werden können, ebenso wie das Keilbein. Die ganze eiternde Stirnhöhlenschleimhaut wird — wenn es sich um ein Empyem handelt, ausgekratzt und alle Fetzen entfernt. Der osteoplastische Lappen wird dann reponirt und die Incisionen vernäht. Verf. fügt Abbildungen von Patienten bei, die sich dieser Operation unterzogen haben, um das Fehlen jeder Entstellung zu zeigen.

Für die Keilbeinhöhle braucht Verf. einen dünnen, stumpfen Troikart und Canüle, woran eine Spritze angefügt wird, mit der zu diagnostischen Zwecken der Inhalt der Höhle aufgesaugt werden kann; eine Entfernung des Endes der mittleren Muschel ist dazu nicht nöthig. Autoreferat.

b) **André Castex** und **Lubet-Barbon. Oto-Rhino-Laryngologie.** Baillières et fils. Paris 1909.

Dies Compendium der Oto-Rhino-Laryngologie ist ein Theil der Traité de Chirurgie, dessen Herausgabe von A. Le. Dentu und Pierre Delbet besorgt wird.

Der erste Theil, der die Erkrankungen der Nasenhöhle und des Ohres behandelt, hat Castex zum Verfasser; alle unsere Kenntnisse über interessante Fragen in der Oto-Rhinologie kommen in trefflicher Weise zur Darstellung. In der üblichen Weise werden erst die verschiedenen Untersuchungsmethoden abgehandelt und dann die einzelnen Erkrankungen geschildert.

Der Abschnitt „Laryngologie" ist von Lubet-Barbon verfasst und zeichnet sich durch Klarheit, Genauigkeit und Reichhaltigkeit des klinischen Theiles aus.

Das Buch ist besonders für den allgemeinen Praktiker berechnet; er wird darin alles finden, was er für die Bedürfnisse der Praxis braucht. Auch der Specialist wird das Buch, das die Ergebnisse einer reichen Erfahrung enthält, mit Vergnügen lesen. E. J. Moure.

c) **Chauveau. Les maîtres de l'école de Paris.** J. B. Baillière et fils. Paris 1909.

Vorliegendes Buch bildet eine interessante historische Studie über die ältere französische Literatur der Halskrankheiten. Die verschiedenen Autoren aus der Mitte des letzten Jahrhunderts passiren nacheinander Revue. Eine besondere Erwähnung verdient Lasségue, der, wie erinnerlich, eine interessante Abhandlung über Anginen veröffentlichte, in der eine detailirte Schilderung der ganzen Pathologie der Rachenhöhle vom klinischen Standpunkt aus gegeben wird. Die Schilderungen Lasségue's sind, besonders in Bezug auf die Anginen der Eruptionsfieber, klassisch geblieben.

Man findet ferner in diesem Buch auch die Namen: D'Andral, Nelaton, Dupuytren und viele Andere, die der Medicin in Frankreich während des letzten Jahrhunderts zur Zierde gereicht haben.

Wer sich für die Geschichte unserer Disciplin interessirt, muss das Buch von

Anfang bis zu Ende lesen; er wird aus dieser Lectüre sicheren Nutzen ziehen. Er wird auch sehen, dass nicht alles neu unter der Sonne ist, was dafür ausgegeben wird und dass unsere Vorgänger, obwohl sehr unzureichend ausgerüstet, doch im Stande waren, einen Krankheitsfall zu studiren und das Vorhandensein von Erkrankungen zu vermuthen, die sie nicht zu Gesicht bekommen konnten.

Wir sind Chauveau für diese retrospective Studie, durch die unsere Erinnerung an viele leider heute in Vergessenheit gerathene Arbeiten wieder wachgerufen wird, den grössten Dank schuldig. E. J. Moure.

---

d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, Sitzung vom 12. Juni 1908.

Vorsitzender: J. Ball.

Wahl des Vorstandes:

Vorsitzender: Dr. Dundas, Grant.

Stellvertretende Vorsitzende: Baltham Robinson, Charters Symonds; Dr. Watson Williams, Woods.

Schriftführer: Dr. Cathcart, Dr. Atwood Thorne.

Watson Williams: Bösartige Geschwulst des Septum und Nasenrachens, mittels osteoplastischer Operation von aussen entfernt.

Es handelte sich um eine 25jährige Frau. Ausgedehnte Infiltration des Septum und des Nasenrachendachs durch ein Rundzellensarkom mit starken Nasenblutungen. Es wurde durch Bildung eines osteoplastischen Lappens von der linken Seite her Zugang geschaffen. Die Incision ging längs des vorderen Randes des Nasenbeins und in die Nase hinein hinter diesen Knochen. Eine zweite Incision wurde gemacht, um Zugang zur Fossa lacrymalis zu schaffen, eine dünne Säge durch die Nase und durch die Fossa lacrymalis gezogen, der Processus nasalis des Oberkiefers durchtrennt, ohne dass die darüber liegenden Weichtheile verletzt wurden. Die beiden Nasenbeine wurden von dem Stirnbein mit dem Meissel getrennt, nachdem ein Horizontalschnitt gemacht war, der die beiden ersten Incisionen miteinander verband. Der osteoplastische Lappen wurde nach unten und aussen geklappt. Es wurde so ein ausgezeichneter Zugang geschaffen und der Operateur konnte das Septum, die Siebbeinzellen und die Nasenrachengeschwulst vollkommen entfernen. Der Lappen wurde reponirt und genäht, die Heilung ging ohne Zwischenfall vor sich; es blieb keine Deformität. Bisher kein Recidiv.

De Santi und Mc. Bride beglückwünschen den Vortragenden zu der gelungenen Operation.

Stuart Low erzielte in einem ähnlichen Fall ein gutes Resultat, indem er die innere und äussere Wand des Antrum und den Processus frontalis des Oberkiefers und das Nasenbein entfernte, nachdem der für die Oberkieferresection übliche Schnitt gemacht war.

Waggett bevorzugt die Operation nach Rougé als einfacher und sehr praktisch.

Watson Williams: Kehlkopferkrankung (zur Diagnose). (Vorgestellt in der Decembersitzung).

24jähriger Mann. Infiltration des linken Taschenbandes von zweifelhafter Natur, die auf die rechte Seite überging und im Februar die Tracheotomie nothwendig machte. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts von Tuberculose oder Syphilis. Keine Tuberkelbacillen. Calmettereaction 4mal negativ. Keine Resultate mit Antisyphiliticis. Bisweilen Temperatursteigerung.

Sir Felix Semon führt Chiari's Fall von Epitheliom bei einem 16jährigen Mädchen an. Wenn keine maligne Erkrankung vorliegt, so kann es ein dunkler Fall von Perichondritis sein.

Jobson Horne fand in dem mikroskopischen Präparat Zeichen von Malignität.

Watson Williams: Skiagramm der Nasennebenhöhlen.

Tilley: 1. Grosser postnasaler vom Siebbein ausgehender Polyp bei einem 10jährigen Knaben. Entfernung.

Die Kieferhöhlen waren nicht erkrankt. Es fanden sich auch noch andere Polypen.

2. Subglottische Hyperplasie mit erheblicher Verengerung der Luftwege.

34jährige Frau, Singalesin. Es bestehen seit 13 Jahren Athembeschwerden. Keine Anzeichen von Syphilis.

Sir Felix Semon regt, da die Patientin, seitdem der Bericht eingegangen ist, an einer intercurrenten Erkrankung gestorben ist, an, eine Untersuchung auf Sklerom zu machen, da es bekannt ist, dass Singalesen von dieser Krankheit befallen werden.

Cargill, William Turner und St. Clair Thomson: Abscess des linken Stirnlappens von einem Empyem der linken Stirnhöhle ausgehend.

31jähriger Mann, wurde 21 Tage nach einer Influenza mit 37,8° Temperatur und linksseitiger Orbitalphlegmone eingeliefert. 14 Tage nach der Incision traten Cerebralsymptome auf mit ausgesprochener Neuritis optica. Turner eröffnete die linke Stirnhöhle, entfernte die erweichte hintere Wand und entleerte aus dem linken Stirnlappen Eiter. Culturversuche ergaben Reinculturen von Staphylococcus aureus. Die Neuritis optica ging zurück und es trat Heilung ein. Es war niemals in der Nase Eiter vorhanden gewesen. Es handelte sich also um einen Fall von acuter geschlossener eitriger Sinusitis.

Scanes Spicer betont die Möglichkeit einer Infection auf dem Blutwege, da sich kein Eiter in der Nase fand.

Stuart Low macht auf eine Verbiegung der Scheidewand aufmerksam, durch die die oberen Theile der linken Nasenhöhle verlegt werden.

St. Clair Thomson bespricht den Zusammenhang von Keilbeinerkrankung mit Thrombose des Sinus cavernosus, von Siebbeinempyem und Meningitis, vom

Stirnhöhlenempyem und Stirnlappenabscess. Es citirt einen Fall von gekreuztem Stirnlappenabscess.

Tilley erwähnt einen Fall von Stirnlappenabscess nach Stirnhöhlenempyem.

William Turner hat einen Fall operirt, in dem psychische Depression, subnormale Temperatur, doppelseitige Neuritis optica bestand und eine Fistel an der Stirne war, die auf cariösen Knochen führte. Auch war doppelseitige Ptosis vorhanden und die Hautvenen an der Stirn waren angeschwollen.

St. Clair Thomson: 1. Fälle vom Keilbeinhöhlenempyem.

Vier Fälle von geheiltem Keilbeinempyem. In jedem Fall war die Keilbeinhöhleneiterung ein Theil der Pansinusitis.

Der todte Raum zwischen der Spange und der hinteren Stirnhöhlenwand, der nach der Killian'schen Operation bleibt, bildet Gegenstand einer Discussion.

2. Starke Nasenscheidewandverbiegung. 3. Skiagramme der Keilbeinhöhlen.

Stuart Low: Operation der Angina Ludovici bei einer Frau mittleren Alters.

Es wurde ein tiefsitzender Abscess gefunden, der einen Speichelstein enthielt.

Mc Bride erhebt Einspruch gegen die Bezeichnung „Angina Ludovici"; es handele sich um eine durch einen Speichelstein verursachte Phlegmone.

Dan Mc Kenzie: Maligne Kehlkopferkrankung.

Jobson Horne: Pathogenese der Pachydermia laryngis verrucosa und diffusa.

Fünf Präparate, die zur Illustration der vom Vortragenden vertretenen Ansicht (Lancet 1899) dienen sollen, dass eine Epithelhyperplasie im Kehlkopf nicht immer als ein besonderes Ding für sich betrachtet werden könne. Sie könne eine locale Erscheinung einer allgemeinen Fibrose, einer allgemeinen Infection, wie Syphilis, einer örtlichen Erkrankung (Epitheliom) darstellen oder sie könne einen conservativen Vorgang bilden, um das Organ zu schützen und eine darunter sich abspielende Krankheit, z. B. Tuberculose, aufzuhalten. Die Serie von Präparaten illustrirt diese verschiedenen Bedingungen.

Sir Felix Semon: Hysterie mit sehr ungewöhnlichen Kehlkopferscheinungen.

28jährige Schullehrerin, die vor 14 Monaten in Folge von Ueberanstrengung verschiedene nervöse Erscheinungen an den Gliedmaassen zu zeigen begann. Später fing sie an zu stammeln; nach Application des faradischen Stroms auf den Hals wurde sie absolut stumm und blieb es zwei Monate lang, trotzdem sie sich alle Mühe gab, zu phoniren.

Um ihre Aufmerksamkeit abzulenken, wurden Manipulationen mit ihrer Zunge vorgenommen. Es trat plötzlich die Sprache wieder auf, die aber einen schreienden Charakter hatte und von lebhaften Verzerrungen des Gesichts begleitet war. Die Sprache war so, wie sie bei multipler Sklerose zu sein pflegt; die Aehnlichkeit fiel besonders auf, da Patienten mit letzterer Erkrankung auf derselben Abtheilung sich befanden.

Die Kehlkopfuntersuchung zeigte heftige Contraction des Vestibulum laryngis bei jedem Phonationsversuch. Es werden ähnliche Fälle von abwechselndem Spasmus und Paralyse angeführt.

Der Vorsitzende hat einen Fall von hysterischer Stummheit dadurch geheilt, dass er einfache Worte, wie „yes" und „no" aussprechen liess. In einem anderen Fall trat die Sprache wieder auf, als eine Mineralwasserflasche zersprang.

Sir Felix Semon: Fall einer Combination von Tuberculose und Syphilis im Kehlkopf (?).

44 jähriger Mann, der im Jahre 1902 Schwellung und Ulceration der rechten Aryknorpelgegend und der Stimmbänder zeigte, die den Eindruck einer tuberculösen Affection machten. Trotz des Fehlens von anamnestischen Angaben betreffend Syphilis, wurde doch eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Allmähliche Besserung. Nach einer Inunctionscur war Patient 5 Jahre lang ohne Erscheinungen. Im April 1908 traten an beiden Aryknorpelgegenden einige Flecke auf, die Condylomata lata ähnelten; auf der Haut entwickelte sich ein verdächtiger Ausschlag. Unter antisyphilitischer Behandlung ging die Affection auf der linken Seite zurück, während sich später in der rechten Arygegend ein ausgedehntes Geschwür entwickelte. Es bestand kein Anzeichen eines Aufflackerns der Tuberculose.

De Havilland Hall berichtet über Fälle von anscheinender Kehlkopftuberculose, die unter Jodkali heilten.

De Santi hat einen ähnlichen Fall von Lungen- und Kehlkopftuberculose mit „Tuberkelbacillen" demonstrirt, in dem sich eine syphilitische Ulceration am Septum entwickelte. Unter Jodkali gingen die Erscheinungen an den Lungen und dem Kehlkopf zurück.

Sir Felix Semon macht auf den variirenden Charakter des Falles aufmerksam. Nach Jodkali nahm das Oedem des Stimmbandes nicht zu.

H. J. Davis: 1. Röntgenaufnahme, den Hajek'schen Haken in der rechten Keilbeinhöhle eines 5 jährigen Mädchens zeigend.

2. Präparate von normaler und hypertrophischer Gaumenmandel beim Schaf.

Die Bilder sind durchaus ähnlich denen beim Menschen.

3. Präparat von einem grossen gestielten Fibrom (Fibromyxom?), vom Nasenrachendach bei einem 9 jährigen Knaben entfernt.

4. Präparat, herstammend von der in der Aprilsitzung vorgestellten Frau, bei der eine Cyste auf dem rechten Nasenboden angenommen wurde.

Es handelte sich um eine solide Geschwulst.

5. Weiterer Bericht über den Fall der in der Märzsitzung vorgestellten 27 jährigen Frau mit fast vollständiger linksseitiger Nasenverstopfung.

Bei der Operation zeigte sich, dass die Verstopfung durch eine weit hinten in der Nase gelegene, möglicher Weise angeborene Schleimhautfalte bedingt war.

Donelan: Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterung bei einem Patienten mit Gaumenspalte.

C. A. Parker: Neubildung der rechten Mandel mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

23 jährige Frau, bei der im August 1907 eine angebliche Hypertrophie der Mandel abgetragen wurde. Ein Recidiv wurde gleichfalls entfernt; die Untersuchung ergab lymphatisches Gewebe. Ein sehr ausgedehntes Recidiv ist eingetreten, das weder auf Arsen, noch auf Jod zurückgeht.

Creswell Baber, Lack, Tilley und De Havilland Hall halten den Fall für ein Lymphosarkom und sprechen über die zeitweiligen Besserungen nach Arsengebrauch.

Harmer: Pulsirendes Angiom der Nase. Ausgedehntes Angiom des Gesichts. Die Pulsation hörte auf bei Druck auf die rechte A. facialis und infraorbitalis.

Dan Mc Kenzie erwähnt die Behandlung Payr's (Graz) dieser Fälle mit „Pfeilen“ von Magnesium, wodurch eine Gerinnung bewirkt wird.

Bushland Jones: Bräunliche Anschwellung im Rachen (zur Diagnose).

Hill: Verwachsung des weichen Gaumens und des Pharynx nach Masern bei einem Knaben.

Sitzung vom November 1908.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: Epitheliom des Kehlkopfeinganges und des Rachens bei einer 41 jährigen Frau.

Es handelte sich um einen malignen Tumor des Hypopharynx. Im Vordergrund der Symptome bestanden Schluckbeschwerden, die durch Anästhesininsufflationen vor dem Essen behoben wurden.

Sir Felix Semon fand Carcinom des Kehlkopfinnern bei Weibern selten.

William Hill möchte solche Fälle, wie den vorgestellten, nicht als Cancer extrinsèque, sondern als Pharynxcarcinom bezeichnet, wissen. Für die Bezeichnungen „intrinsèque“ und „extrinsèque“ setzt er „glottisch“ und „wandständig“.

Sir Felix Semon reclamirt die Bezeichnung „extrinsèque“ für die von der Epiglottis, den ary-epiglottischen Falten und der Aryknorpelgegend ausgehenden Carcinome; die Unterscheidung hat practischen Werth, indem Drüseninfectionen in solchen Fällen gewöhnlich, beim Cancer intrinsèque aber selten sind.

An der Discussion betheiligen sich noch: Jobson Horne, Scanes Spicer, der Vorsitzende.

Dundas Grant: Sinus thyreo-lingualis bei einem 14 jährigen Mädchen.

Der Sinus öffnete sich ungefähr 2 cm oberhalb des Jugulum sterni und erstreckte sich nach hinten und oben zum Zungenbein. Der grösste Theil des Ganges wurde excidirt, der obere Theil mit dem Galvanokauter verätzt.

Sir Felix Semon: Epitheliom der linken Stimmlippe. Thyreotomie December 1905. Recidiv.

Resection der linken Kehlkopfhälfte; seitdem ist der Kehlkopf gesund. Stimme laut. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen die Weichtheile, die nach aussen von dem resecirten Knorpel gelegen sind, an die grossen Muskeln zu nähen, um die Tendenz zu Stridor herabzumindern.

Sir Felix Semon: Fall zur Diagnose: Tumor, der sich im Kehlkopf als grosse, rothe, glatte, nicht ulcerirte Geschwulst der linken ary-epiglottischen Region, aussen als grosse flache Schwellung hinter dem M. sterno-cleidomastoideus darstellt.

Pat. ist ein 45 jähriger Mann, bei dem vor 8 Jahren ein Tumor vom Mundboden entfernt worden war, von dem aber keine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde. Es handelt sich möglicher Weise um ein weiches Fibrom.

St. Clair Thomson hält eine maligne Erkrankung für vorliegend.

Tilley empfiehlt Exstirpation des Kehlkopfes.

Herbert Tilley: Interarytaenoidale und subglottische Infiltration von 15 Monate Dauer; Dyspnoe, Tracheotomie.

Pyramidenförmige, nicht ulcerirte Schwellung, die von der Vorderfläche des rechten Aryknorpels ausgeht, ohne dass Behinderung der Beweglichkeit des Stimmbandes besteht. Grosse Jodkalidosen haben keinen Einfluss.

Demonstrirt mittels der directen Methode mit dem Brünings'schen Instrument.

C. A. Parker: Maligne Erkrankung der rechten Oberkieferhöhle und deren Nachbarschaft bei einem 68 jährigen Mann.

Seit 14 Monaten Absonderung aus der Nase, seit 3 Monaten äussere Schwellung nahe dem inneren Augenwinkel. Es besteht eine kleine Oeffnung im Alveolarfortsatz, durch die eine Sonde in die Höhle eingeführt und constatirt werden kann, dass eine Geschwulst vorhanden war, die die oberen und äusseren Partien des Antrum einnimmt.

Stuart Low räth, die entzündlichen Erscheinungen erst durch Vaccine-Einspritzungen zu behandeln, bevor man an die Entfernung der Geschwulst geht. Er hat zwei ähnliche Fälle mit Erfolg operirt, in denen der mikroskopische Befund zweifelhaft war.

Abercrombie: 1. Weiterer Bericht über einen Fall von eitriger Cervicalphlegmone und Epitheliom der Epiglottis.

Vorgestellt Januar 1907, November 1907. Es wurden Massen von epitheliomatösen Drüsen während des Jahres 1908 entfernt; dann Exitus.

2. Perforation des weichen Gaumens nach Scharlach im Kindesalter.

Bei dem 35 jährigen Patienten besteht eine Perforation des rechten Gaumenbogens und des Velums; dieselbe war nach einem schweren Scharlach mit Hals- und Mittelohrabscess im Alter von $4^1/_2$ Jahren constatirt worden. Die Perforation ist einseitig.

Sir Felix Semon hat in letzter Zeit solche Perforationen sich bilden sehen unter Umständen, die den Verdacht auf Pneumokokkeninvasion nahe legten.

Scholefield hat unter 3000 Fällen von Scharlachfieber 4—5 solche Fälle gesehen. Nach Abheilung der Ulceration war überraschend wenig Narbengewebe zu sehen.

An der Discussion betheiligen sich noch: Paterson, Hill, Mac Dongall, Clayton Fox, Dan Mc Kenzie.

St. Clair Thomson: Kehlkopfschwindel im Frühstadium der Tabes.

Während der letzten 18 Monate hat Patient mehrere Anfälle gehabt, die mit einem Erstickungsgefühl begannen und mit Verlust des Bewusstseins endeten. Es bestanden ausgesprochene Anzeichen von Tabes; das linke Stimmband war in Cadaverstellung fixirt.

Lambert Lack hat 3 ähnliche Fälle mit Erstickungsgefühl und Schwinden des Bewusstseins beobachtet; jedoch waren in keinem Symptome von Tabes vorhanden. Einer zeigte das Bild der multiplen Sklerose, in einem andern folgten die Anfälle auf eine influenzaähnliche Erkrankung.

Sir Felix Semon ist mit der Bezeichnung „Kehlkopfschwindel“ nicht einverstanden. Es scheine sich vielmehr um Kehlkopfkrisen zu handeln. Er hat über einen tödtlich verlaufenden Fall gelesen; im Allgemeinen aber nimmt die Heftigkeit dieser Anfälle ab, wenn die Lähmung der Spanner und Adductoren zunimmt.

Fitzgerald Powell erwähnt einen Fall von progressiver Paralyse, wo derartige Anfälle mit Cyanose und Bewusstseinverlust auftraten.

Parker hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo sich die Symptome der Tabes erst später entwickelten.

Horsford berichtet über einen Fall von nächtlichen Erstickungsanfällen mit doppelseitiger Abductorlähmung.

Sir Felix Semom, der Vorsitzende und St. Clair Thomson discutiren über die Nomenclatur dieser Fälle. Es wird auf eine diesbezügliche Arbeit von Mc Bride verwiesen.

Gay French: Ausgedehnte Fractur der Stirnhöhlenwände.

Patient, ein 70jähriger Mann, erhielt vor 6 Jahren von einem Trittbrett eines in Bewegung befindlichen Eisenbahnzuges einen Stoss vor den Kopf. Es entstand an der Stirn eine ca. 8 cm lange Wunde, die Vorderwand der grossen Stirnhöhle wurde eingedrückt, die Hinterwand der linken Höhle fracturirt und die Dura verletzt. Alle Fragmente wurden entfernt, die Dura genäht. Heilung ohne jeden Zwischenfall.

Harold Barwell: Angeborener Verschluss der rechten Choane.

Es handelt sich um eine 25jährigen Frau.

Creswell Baber hat 2 derartige Fälle mit Gesichtshemiatrophie auf der entgegengesetzten Seite beobachtet, auch einen Fall von doppelseitigem Verschluss mit Hemiatrophie.

Bary Ball sagt, dass die Deformation im vorgestellten Fall hauptsächlich

in einer Verbiegung des hinteren Septumrandes besteht und schlägt submucöse Resection vor.

Scanes Spicer ist derselben Meinung.

Watson Williams meint, es würde schwierig sein, die Obstruction zu heben, ohne den hinteren Theil des Septums zu entfernen.

Mac Donall hat einen Fall durch Bougieren nach der Incision behandelt.

Paterson meint, dass diese Verschlüsse durch eine persistirende bucconasale Membran bedingt seien.

Clayton Fox ist der Ansicht, dass diese Theilung weiter hinten gelegen ist, während in den vorliegenden Fällen es sich um eine Verschmelzung der die Choane bildenden Elemente handelt.

William Hill: Primäres Epitheliom der hinteren Pharynxwand.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau. Pharynx und Oesophagus waren frei.

Dan Mc Kenzie: Kehlkopftuberculose.

51jähriger Mann. Der Kehlkopf zeigt das Bild einer malignen Erkrankung.

Stuart Low: 1. Recidivirende Epistaxis bei Nasenepitheliom.

61jähriger Mann.

2. Frau mit Rhinosclerom.

(Bereits in einer vorhergehenden Sitzung vorgestellt.)

Discussion über die Diagnose.

Cathcarts: Septumverbiegung mit völligem Verschluss der rechten Nasenhälfte.

Es handelte sich um einen Schauspieler, bei dem die Athmung und Stimmbildung beeinträchtigt wird.

Lambert Lack: Lupus erythematodes des Gesichts mit Flecken auf der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

Jobson Horne: Krebs des Kehlkopfinnern bei einer 64jährigen Frau.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine gutartige Geschwulst.

Arthur Evans: Carcinom der rechten Aryknorpelgegend.

Es wurde ein grosses Stück entfernt, um die Athmung zu erleichtern.

Watson Williams: Operationsmodelle für Pansinusitis.

E. B. Waggett.

---

e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Fein: Verwachsung des hinteren Randes des Epiglottis mit der Rachenwand nach Kalilaugenverätzung bis auf eine etwa bohnengrosse Oeffnung, durch welche die Speisen meist in den Larynx anstatt in die Speise-

röhre gelangten. Gastrostomie. Weder die stumpfe Dilatation noch die etappenweise Ablösung mit dem Messer hatte Erfolg.

2. Marcus stellt einen Fall von Bronchostenose infolge postluetischer Narbenbildung vor.

3. O. Chiari demonstrirt einen Fall von Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinoms, vor 3 Wochen ausgeführt. Heilung ohne Complication. Ungehinderter Schluckact, Patient kann mit Flüstersprache sprechen, von jetzt ab Sprechübungen.

4. Glas demonstrirt 1. einen Fall von primärem Schleimhautpemphigus ohne Hautefflorescenzen, 2. einen Fall von perverser inspiratorischer Stimmbandbewegung mit hochgradigen laryngospastischen Anfällen infolge besonderer Uebererregbarkeit des Adductorencentrums. Für Tabes kein Anhaltspunkt.

Discusssion: Kahler fragt, ob das Phänomen auch bei Cocainisirung wahrnehmbar ist, was Glas bejaht. Fein empfiehlt Athemübungen anzustellen.

5. Kahler demonstrirt ein Stück einer Haselnussschale, die er auf endoskopischem Wege aus dem rechten Bronchus eines 18jährigen Burschen entfernte.

6. Hanszel demonstrirt einen Bildorhaken, der durch 48 Jahre im Siebbein eines Patienten verborgen geblieben war, bis er zufällig bei Freimachung der gänzlich verschlossenen Nasenseite extrahirt wurde. Während die Stirnhöhle und die Siebbeinzellen sich als eitrig erkrankt erwiesen, war die Kieferhöhle nicht miterkrankt.

7. Hajek macht Mittheilung über zwei operative Todesfälle nach Stirnhöhlenoperation.

Sitzung vom 3. Februar 1909.

1. A. Heindl stellt einen Fall von Pemphigus in Mund, Rachen und Kehlkopf vor.

2. Kahler demonstrirt einen Patienten der Klinik Chiari, bei welchem sich im Anschluss an eine acute Periostitis des grossen Zungenbeinhornes dieses sequestrirte.

Discussion: Hajek sah einen ähnlichen Fall auf luetischer Grundlage.

3. Glas demonstrirt mittelst directer Tracheoskopie einen Tumor der hinteren und rechten Trachealwand, der wahrscheinlich ein Sarkom der Trachea ist.

Discussion: Heindl, Grossmann, Glas.

Sitzung vom 3. März 1909.

1. O. Chiari demonstrirt einen 58jährigen Mann, bei welchem wegen Schmerzen im rechten Oberkiefer mit leichter Vorwölbung der Wangengegend nach Eröffnung von der facialen Wand ein der hinteren und seitlichen Wand der Kieferhöhle breit aufsitzendes Fibrom entfernt wurde.

2. Kahler stellt einen 34jährigen Mann vor, bei dem sich am Alveolarfortsatz ein exulcerirter Tumor befindet, der klinisch die Symptome eines

malignen Tumors, histologisch jedoch das Bild eines ödematösen Fibroms zeigt. In der Annahme, dass doch möglicherweise in der Tiefe ein maligner Geschwulstkeim vorhanden ist, wird die Oberkieferresection vorgenommen werden.

3. Marschik stellt einen 47jährigen Mann mit Cylindrom des linken Oberkiefers vor.

Discussion: Koschier.

Weiter demonstrirt Marschik das Präparat einer vor einigen Tagen an sog. „primärer infectiöser Phlegmone des Rachens nach Senator" verstorbenen 30jährigen Frau.

4. Kofler führt eine 17jährige Patientin vor, welche Synechien in der Nase nach Masern hat.

5. Menzel demonstrirt a) einen Fall von beiderseitiger Nasenflügelansaugung, welche er mittelst Paraffininjectionen in den untersten Theil der Nasenflügelfurche mit Erfolg behandelte, b) ein Lymphosarkom des Rachens und der Nase, c) einen harten Schanker beider Tonsillen, welcher diagnostische Schwierigkeiten darbot.

6. Hutter stellt ein Rhinosklerom vor mit dem relativ seltenen Befund von Tumormassen im Nasopharynx.

7. Braun stellt einen Fall von Morb. macul. Werlhofii vor mit zahlreichen Petechien in der Schleimhaut der oberen Luftwege.

Discussion: Menzel, Chiari.

8. Adalbert Heindl bespricht an der Hand eines vorgestellten Falles die Differentialdiagnose zwischen gummöser Erkrankung des Stirnbeins gegenüber Stirnhöhlenempyemen

9. Marschik berichtet ebenfalls über zwei Fälle von Periostitis luetica frontalis, in welchen die Röntgenographie wesentlich zur Diagnose verhalf.

10. Grossmann hält einen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe.

Sitzung vom 14. April 1909.

Menzel stellt einen 51jährigen Mann vor, welcher eine seit 16 Jahren bestehende partielle Recurrenslähmung links und ausserdem krampfartige Zuckungen und Contractionen der rechten Larynxseite auf wahrscheinlich syringomyelitischer Grundlage aufweist. Diese Diagnose stützt sich auf grössere Reihe nervöser Störungen des typischen Bildes der Syringomyelie.

Menzel stellt einen jungen Mann vor, welcher in seinem dritten Lebensjahre eine den Gaumen penetrirende Kuhhornverletzung des weichen und harten Gaumens erlitten hat. Gegenwärtig sieht man die entsprechende Narbe. Es besteht keinerlei Functionsstörung.

Marschik demonstrirt aus der Klinik Chiari drei Fremdkörper (Gebiss, Knochenstück, Tapezirernagel), welche endoskopisch aus dem Oesophagus resp. dem Bronchus entfernt wurden. Der bronchoskopische Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, welcher einen 1,5 cm langen Tapezirernagel mit breitem Messingknopf vor 14 Tagen aspirirt hatte. Nach der Entfernung mittelst oberer, directer

Bronchoskopie gingen das Fieber und die anderen Entzündungserscheinungen bis auf ein pleuritisches Exsudat in 4 Tagen zurück.

O. Hirsch stellt 4 Patienten vor, welche er wegen chronischer suppurativer Antritis nach seiner Methode (Laryngol. Gesellsch. vom 1. April 1908) operirte, welche im Wesentlichen in einer temporären Resection der unteren Muschel und Anlegung einer Oeffnung im unteren Nasengang mit folgender Annähung der Muschel in ihrer früheren Stellung besteht.

In der Discussion vertritt Réthi den Standpunkt, dass bei räumlich günstigen Verhältnissen die zeitraubende präliminare Resection überflüssig ist, bei engen Nasen die Grundbedingungen zur Heilung ungünstig sind und, da man nicht weiss, ob nicht ein schwerer Fall vorliegt, die Methode der breiten Eröffnung von innen (nach Réthi) gewiss vorzuziehen ist. Während Marschik und Glas Bedenken gegen die Methode nach Hirsch äussern, weist Weil auf einen Vortheil dieser Methode hin, der in der Schonung eines normalen Organs — der unteren Muschel — besteht, deren Beseitigung für die Heilung eines Kieferhöhlenempyems durchaus nicht nöthig ist.

H. Stern bespricht die Sprachtherapie nach operirtem Wolfsrachen und der Rhinolalia aperta im Allgemeinen.

Hutter spricht über einen Fall von Fremdkörper in der Kieferhöhle. Eine Gummiprothese des Alveolarcanales schlüpfte in die Höhle und nach längerem Verweilen durch die laterale Nasenwand in die Nase. Der Fremdkörper wurde trotz Eröffnung von der Fossa canina nicht gefunden, sondern erst jetzt nach 9 Jahren gelegentlich einer Polypenoperation dieser Nasenseite extrahirt.

Hajek demonstrirt Haken zur Abhaltung der Wangen bei der Radicaloperation der Kieferhöhle.

Grossmann setzt seinen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe fort.

Sitzung vom 12. Mai 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Glas stellt einen wegen chronischer Stirnhöhleneiterung nach Killian radical operirten Patienten vor, bei welchem eine Nekrose der hinteren Wand die absolute Indication zur radicalen Operation bot. Heilung.

Discussion: Marschik beobachtete einmal nach der Radicaloperation nach Killian Doppelbilder infolge Lähmung des Obliquus inferior, offenbar durch straffes Zusammennähen der Muskeln, wodurch der Bulbus nach innen oben über die Norm fixirt war. Diese Doppelbilder belästigten weniger als die gewöhnlichen und gingen langsam zurück.

2. Glas demonstrirt einen 72jährigen Mann mit Plattenepithelcarcinom der vorderen Commissur.

3. Weil demonstrirt einen grossen Rhinolithen, ferner ein Knochenstück aus dem Nasenrachenraum eines Knaben, welches offenbar bei einem Brechacte während des Keuchhustens dahin gelangt war.

Discussion: Roth und Réthi, welche betonen, dass zu dieser Erklärung

angenommen werden muss, dass der Abschluss gegen die Nase ausnahmsweise nicht rasch oder nicht energisch genug stattgefunden hat.

In der Discussion zu Hajek's Vortrag: Ueber operative Todesfälle bei Stirnhöhlenoperationen spricht Weil, welcher darauf hinweist, dass die eigentliche Todesursache im beiden Fällen darin zu suchen sei, dass sie überhaupt operirt wurden, und welcher die strengste Indication zur Vornahme der Stirnhöhlenoperation verlangt. Mittheilung einiger Fälle von conservativ behandelten und geheilten acuten Stirnhöhleneiterungen mit oft stürmischen Begleiterscheinungen.

Marschik berichtet über 3 Todesfälle im Anschluss an die 54 Radicaloperationen nach Killian, die in den letzten 5 Jahren an der Klinik ausgeführt wurden. In 2 Fällen bestand schon vor der Operation ein Hirnabscess, im 3. Falle traten mehrere Tage p. oper. Symptome einer Meningitis auf, welcher der Patient erlag. M. weist auf die Wichtigkeit hin, die Gegend der Lamina cribr. nie mit Gaze, sondern mit Drainrohr zu drainiren, um Secretretention zu verhindern.

Glas spricht über die Indication zur Radicaloperation, die er in vielen Fällen als absolut erachtet und möchte hinsichtlich der Infectionsgefahr besondere Beachtung schenken dem Gebiete der Lamina cribrosa und der hoch hinaufragenden Infundibularzellen, sowie dem lateralen und oberen Randgebiete des Sinus.

Koschier stellt die Indication sehr rigoros, besonders seitdem auch er einen postoperativen Todesfall (metastatische Abscesse in beiden Lungen) zu beklagen hat.

O. Chiari fand in 6 Fällen Defecte der hinteren Wand mit blossliegender Dura vor, in welchen die Radicaloperation Heilung brachte.

Hajek polemisirt in seinem Schlussworte gegen die Ausführungen resp. Einwendungen Weil's, indem er auf sein in 3. Auflage erschienenes Buch hinweist, wonach er den extremen Flügel der conservativen Operateure repräsentirt und dankt weiters allen denjenigen Herren, die in der Discussion einen Beitrag geliefert haben.

4. Kahler stellt aus der Klinik vor: einen 61jähr. Patienten, bei dem er mittelst oberer Tracheoskopie einen an der Bifurcation sitzenden tubulären Drüsenkrebs mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen hat, berichtet ferner über eine endoskopische Fremdkörperextraction aus dem rechten Bronchus eines 14 Monat alten Kindes und demonstrirt eine von ihm angegebene Modification des Leiter'schen Panelektroskops (verstellbarer Handgriff, freie Einführungsmöglichkeit von Extractionsinstrumenten).

5. Fein spricht in einem Vortrage über seine Methode der submucösen Fensterresection, deren Wesen darin besteht, dass das zu resecirende Knorpelstück nicht vorerst auf beiden Seiten von der Mucosa entblösst wird, sondern zunächst nur auf einer Seite, sodann in entsprechender Form umschnitten und schliesslich von der Schleimhaut der anderen Seite abgehoben wird. Perforationen würden leichter vermieden, doch ist die Methode nur im Bereiche des Knorpels anwendbar.

In der Discussion besprechen Glas, Kahler, Marschik und Weil die

ihnen am zweckmässigst erscheinenden Arten der Technik, um Perforationen zu vermeiden.

6. Grossmann hält den Schlusstheil seines Vortrags über Apnoe und Dyspnoe (publicirt in der Wiener med. Wochenschr. No. 19—24. 1909).

Hierzu bespricht Chiari einen Fall, in welchem durch Morphium das Athmungscentrum fast völlig gelähmt war und die künstliche Athmung erst nach erfolgter Tracheotomie und Aussaugung der Trachea Erfolg hatte. Den Lungenalveolen müsse also bei allen Erstickungen möglichst reichlich und ungehindert Luft zugeführt werden und macht der von Grossmann angezogene einzige Todesfall infolge plötzlichen Eindringens grosser Luftmengen nach der Tracheotomie ganz den Eindruck einer Luftembolie. — Kahler glaubt, dass unter dem von Grossmann berichteten Fall von Apnoe und folgender Pneumonie (Exitus) nach Tracheotomie bei einem Tabetiker eine Vaguserkrankung vorgelegen habe und wird nach Abschluss der Untersuchungen darüber berichten.

Hajek erklärt, dass der von Grossmann statuirte specifische Herztod nach Larynxexstirpation durch die Praxis keinesfalls betätigt wird und ersucht um diesbezügliche Erklärung.

Grossmann hält in seinem Schlussworte seine eben begründete Ansicht über die klinisch physiologischen Vorgänge aufrecht und sucht den Grund dafür, dass der Herztod nach Larynxexstirpationen seit 15 Jahren nicht mehr beobachtet wurde, in der Asepsis liegend. Hanszel.

---

f) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 3. April 1909.

Vorsitzender: C. B. Lagerlöf.

Holmgren berichtet über 1. einen Fall von Papilloma laryngis: eine 26jährige Frau litt seit 3 Monaten an zunehmender Heiserkeit; auf dem linken Stimmband wurde ein grau-gelatinöser, stecknadelkopfgrosser Tumor mit breiter Basis angetroffen. Der Tumor wurde exstirpirt. Histologische Diagnose: Papilloma.

2. Einen Fall von Fibroma cavernosum laryngis. Ein 47jähriger Mann ist seit einem halben Jahre apnoisch und hustet besonders in der letzten Zeit Blut esslöffelweise aus. Ein Bruder des Pat. erlag einem Kehlkopfkrebs. Die Lungen gesund. Am rechten Sinus Morgagni ein gestielter, haselnussgrosser, stark röthlicher Tumor, der mit seinem Körper im subglottischen Raum hängt. Der Tumor wurde exstirpirt und zeigte sich hinsichtlich seiner Structur als ein Fibroma cavernosum.

3. Einen Fall von Carcinoma laryngis. Ein 43jähriger Circusartist war seit 4 Jahren von Schlundschmerzen und in der letzten Zeit von blutigem Schleim im Halse belästigt. Von verschiedenen Aerzten wurde Pat. mit Jodkali behandelt. Ein ulcerirter Tumor vom linken Sinus piriformis ausgehend erstreckt sich über einen Theil der Basis linguae, über Epiglottis und die Schlundwand.

Die histologische Untersuchung ergab Cancer. 8 Tage nach der Operation (Totalexstirpation) starb der Patient nach einer heftigen Blutung aus der Wunde.

4. Ueber Massnahmen, den Larynx-Tuberculösen Hospitalspflege zu bringen. Discussion.

Sitzung vom 22. April 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

Flodqvist demonstrirt einen Fall von doppelseitigem chronischem Stirnhöhlenempyem, das mehrmals operirt war. Die Einseknung der Stirn wurde mit Paraffininjectionen mit gutem Erfolge corrigirt.

Holmgrem berichtet über zwei Fälle von Ethmoiditis purulenta p. scarlatinam mit subperiostalem Orbitalabscess. Nach Incision von aussen wurde der Abscess entleert und das Siebbein ausgeräumt. Heilung.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Henry T. Butlin ist beim ersten Wahlgang einstimmig zum Präsidenten des Royal College of Surgeons gewählt worden. Diese Nachricht wird in laryngologischen Kreisen mit lebhaftester Befriedigung aufgenommen werden. Ist es doch das erste Mal, dass jene grosse Ehre einem Manne zu Theil wird, dessen Lebensarbeit zum hauptsächlichsten Theil der Laryngologie zu gute gekommen ist. Wenn Butlin's Thätigkeit heute auch fast ausschliesslich auf chirurgischem Gebiete liegt, so darf doch nicht vergessen werden, in wie hervorragender Weise die Laryngologie durch seine Arbeiten gefördert worden ist; es sei nur an seine Studien über den Kehlkopfkrebs erinnert, aus denen die Therapie jener unheilsvollen Krankheit den grössten Gewinn gezogen hat, sowie an sein geradezu klassisches Buch über die Erkrankungen der Zunge. Butlin war der Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholemews Hospital; Jahre lang führte er den Vorsitz der Laryngological Society of London.

Danksagung.

15. August 1909.

Da mir bisher das Verzeichniss derjenigen Freunde und Collegen, welche die Güte gehabt haben, sich an der Stiftung zu betheiligen, welche meinen Namen tragen soll, nicht zugegangen ist, und da ich im nächsten Monat eine aussereuropäische Reise antreten werde, welche mich bis zum nächsten Juli fernhalten wird, erlaube ich mir, auf diesem Wege den Collegen aus aller Herren Ländern, welche, wie ich höre, zu dieser Stiftung beigetragen haben, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Sie mögen versichert sein, dass nichts mir so grosse Freude hat machen können, als die Begründung einer Stiftung, deren Ertrag dem Fortschritt der Laryngologie zu gute kommen und gleichzeitig die Erinnerung an meine Bemühungen für das Gedeihen und die Unabhängigkeit unserer Specialität erhalten soll.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, October. 1909. No. 10.

I. Die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congresses in Budapest.

Betrachtet man den Verlauf des letzten Internationalen Medicinischen Congresses vom Standpunkt unserer Section, so kann man sagen: er entsprach den günstigen Auspicien, unter denen er begonnen wurde. Zum ersten Male seit langer Zeit wieder konnten wir Laryngologen uns zu einem Congress begeben, ohne dass uns die Freude und Lust an der Sache durch den bis zum Ueberdruss gekämpften unerquicklichen Kampf um die Selbstständigkeit unserer Section schon von vornherein beeinträchtigt worden wäre. Die Congressleitung in Budapest hat unseres Wissens keinen Versuch gemacht, diese Selbstständigkeit anzutasten. Wir verdanken das wohl in erster Linie dem Einfluss und den Bemühungen des ehrwürdigen Präsidenten der Section, E. v. Navratil. Wir glauben nur der allgemeinen Stimmung Ausdruck zu verleihen, wenn wir ihm und den übrigen Herren des Organisationscomités, unter denen der unermüdliche und trotz der auf ihm lastenden Arbeitsfülle stets gleichmässig freundliche und geduldige Schriftführer Donogany noch besonderer Erwähnung verdient, auch an dieser Stelle den Dank der Section aussprechen. Als Beweis dafür, wie gut die Sectionsleitung functionirte, kann auch gelten, dass es gelang, das ganze sehr reichhaltige Programm der Verhandlungen aufzuarbeiten. Ziehen wir das Facit des Ganzen, so entspricht es dem, was man als das Ergebniss derartiger Veranstaltungen anzusehen gewohnt ist: es ist nicht so sehr das Zutagefördern von wirklich Neuem, was ihnen Signatur und Bedeutung verleiht; ihr hauptsächlicher Werth besteht vielmehr darin, dass die Fachgenossen sich persönlich näher treten, alte freundschaftliche Beziehungen erneuert und gefestigt, sowie neue angeknüpft werden, vor allem jedoch darin, dass es über actuelle und controverse Fragen, die im Mittelpunkt des Interesses stehen, zur Aussprache kommt und man erkennen kann, welches die zur Zeit herrschende Anschauung in Bezug auf diese Fragen ist. Der erste Zweck, die Schaffung eines näheren persönlichen Contacts unter den Fachgenossen, wurde in dankenswerthester Weise gefördert durch die freundlichen Bemühungen der Budapester Collegen, die sich in Aufmerksamkeiten und Liebens-

würdigkeiten geradezu erschöpften. Was die altgerühmte magyarische Gastfreundschaft bedeutet, das hat in den Congresstagen wohl Jeder von uns am eigenen Leibe — im buchstäblichen Sinn des Wortes — bis zur Grenze der Aufnahmefähigkeit erfahren.

Dass in den Verhandlungen auch der von uns oben als der bedeutsamste bezeichnete Zweck, nämlich die Klärung brennender und wichtiger Fragen, erfüllt wurde, dafür diene als Beispiel die Discussion über Nebenhöhlenerkrankungen, die durch die vorzüglichen Referate Killian's und Hajek's eingeleitet wurde und deren Verlauf wohl bei allen Anwesenden die Ueberzeugung befestigte, dsss heute die einer conservativen Therapie huldigende Richtung entschieden das Uebergewicht hat. Ebenso anregend und ergebnissreich waren die Discussionen, die sich an die ausgezeichneten Referate Semon's und Chiari's, bezw. Broeckaert's über Kehlkopfcarcinom und über den Stand der Recurrensfrage knüpften.

Dass die Furcht, die internationalen Specialcongresse könnten den allgemeinen medicinischen Congressen nennenswerthen Abbruch thun, unbegründet ist, ergiebt sich aus dem sehr regen Besuch, dessen sich die Section trotz des im vorigen Jahr stattgefundenen internationalen Laryngologencongresses zu erfreuen hatte. Ausser den Budapester Collegen, die wohl fast vollzählig zur Stelle waren und sich sehr rege an den Verhandlungen betheiligten, seien, ohne dass die Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, von den Anwesenden folgende namhaft gemacht: Bresgen, Broeckaert, Castex, Chiari, von Eicken, Ferreri, Flatau, W. Freudenthal, Gleitsmann, Gluck, Dundas Grant, Gutzmann, Hajek, Heryng, Heymann, Jansen, Ingals, Katzenstein, Killian, Koschier, Emil Mayer, Massei, Moure, Schmiegelow, Semon, Thost, Uchermann, Zwaardemaker u. a. m.

Wenn ich nun im Folgenden einigen Erwägungen Ausdruck gebe, die sich mir im Verlauf der Verhandlungen aufgedrängt haben, so geschieht dies nur, um für die Zukunft vielleicht eine Anregung zu geben.

Der erste Punkt betrifft die Ehrenpräsidenten. In weitgehendster Courtoisie und in dem gewiss recht anerkennenswerthen Bestreben, keinen zurückzusetzen und allen gerecht zu werden, hatte der Vorstand eine so reichhaltige Liste von Ehrenpräsidenten aufgestellt, dass fast jedem zweiten Mitglied der Section diese Ehre zu theil wurde und dass in jeder Sitzung drei Ehrenpräsidenten fungiren mussten. Will man, was schliesslich wohl das rationellste wäre, mit dieser Institution nicht ganz brechen, so beschränke man sich darauf, drei oder vier Männern, die durch ganz besondere Verdienste dazu qualificirt sind, diese Auszeichnung zu theil werden zu lassen. Die Gefahr, Eifersucht und Missstimmung durch die Wahl zu erregen, wird man niemals ganz vermeiden können; denn wenn von hundert Anwesenden auch neunzig zu Ehrenpräsidenten gewählt werden, kann man sicher sein, dass von den übrig bleibenden zehn noch mindestens die Hälfte sich zurückgesetzt und beleidigt fühlen wird.

Ein zweiter Punkt betrifft die Referate. Das Organisationscomité hatte in sehr dankenswerther Weise dafür gesorgt, dass die Referate gedruckt und zu einem Bande vereinigt bereits einige Wochen vor dem Congress in den Händen eines grossen Theiles der Sectionsmitglieder sich befanden. Diesen war damit

die willkommene Gelegenheit gegeben, die Referate bereits vorher in aller Musse zu studiren. Unter diesen Umständen war es überflüssig, zeitraubend und wirkte ermüdend, dass einige der Referenten ihre Referate in extenso vorlasen. Wenn in Zukunft dafür Sorge getragen wird, dass alle Sectionsmitglieder rechtzeitig sich im Besitz der gedruckten Referate befinden, so könnte der Referent sich darauf beschränken, einige Erläuterungen und Bemerkungen zu seinem Referat vorzutragen, was zeitersparend und vereinfachend wirken würde. In Erkenntniss des Missstandes, als welcher sich das unverkürzte Vorlesen der Referate herausgestellt hat, ist auch von dem vorbereitenden Comité für die Internationalen Laryngologencongresse bereits ein Beschluss im obigen Sinne gefasst worden.

Ferner bedürften unseres Erachtens die Discussionen insofern einer Remedur, als es unbedingt untersagt werden müsste, in denselben völlig ausgearbeitete Exposés zur Verlesung zu bringen. Was der Discussion Werth und Reiz verleiht, ist die freie Aussprache, der Wechsel von Rede und Gegenrede. Die Discussion verfehlt ihren Zweck, wenn dabei schriftliche Ausarbeitungen, die doch wieder nichts anderes sind, als kleine Vorträge für sich, zur Vorlesung gebracht werden. Es war ganz evident, wie das Interesse des Auditoriums erlahmte, wenn ein Redner seine Ausführungen vom Concept ablas, und wie es sich wieder belebte, sobald frei gesprochen wurde. Oratorische Glanzleistungen brauchen ja während der Discussion gar nicht zu Tage gefördert zu werden, und seiner Meinung an der Hand kurzer Notizen in einer der Congresssprachen verständlichen Ausdruck zu verleihen, dazu dürfte wohl — sollte man meinen — jeder im Stande sein.

Die erwähnten Punkte, deren Aenderung mir wünschenswerth erscheint, betreffen Aeusserlichkeiten, die auch nicht im entferntesten im Stande waren, den Gesammteindruck der Budapester Congresstage zu beeinträchtigen, die für alle Theilnehmer gewiss stets eine nachhaltige und angenehme Erinnerung bilden werden.

Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Kelbling** (Bad Salzbrunn). **Die Behandlung von Krankheiten der Luftwege in Bad Salzbrunn unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen der Krankheiten der oberen zu denen der tieferen Wege.** *Medic. Klinik. 12. 1909.*

Besprechung der Behandlungserfolge mit Hülfe der Brunnencur und der übrigen in Salzbrunn zur Verfügung stehenden Curmittel, wobei die locale Behandlung, besonders die der Nase nicht unterlassen werden darf.

SEIFERT.

2) **G. Seiffert** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Bordet'schen Keuchhustenbacillus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1909.*

Auf Grund seiner in dem Frankfurter Institut für experimentelle Therapie angestellten Untersuchungen an einem Material von 16 Fällen kommt Seiffert — unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse — zu folgenden Schlüssen:

„Der Bacillus pertussis Bordet ist von Influenza- oder influenzaartigen Stäbchen sicher unterscheidbar. So gut wie stets ist er im Sputum frisch Erkrankter zu finden und verschwindet mit dem Nachlassen der Krankheit. Er wird von dem Serum Keuchhustenkranker agglutinirt, eine deutliche Complementablenkung mit dem Serum keuchhustenkranker Reconvalescenten ist vorhanden. Die Zahl der Befunde und Versuche, die die ätiologische Bedeutung des Keuchhustenbacillus beweisen, ist immer noch nicht zu einem endgültigen Urtheil ausreichend. Weitere Nachuntersuchungen sind daher durchaus wünschenswerth. Jedenfalls ist der Bordetbacillus der einzige, für den eine Reihe nach mancherlei Richtung hin beweisender Befunde für seine ätiologische Bedeutung beim Keuchhusten vorliegen.

HECHT.

3) **Hecht** (München). **Die klinische Verwerthung pathologisch-histologischer Diagnosen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde etc. Heft 11. 1908.*

Ref. berichtet über zwei Fälle in extenso, bei denen mehrfache Untersuchungen seitens der Pathologen verschiedene Diagnosen zeitigten. Bei dem ersten Falle handelte es sich differentialdiagnostisch um Lues oder Tuberculose des Kehlkopfes, beim zweiten um Carcinom oder Tuberculose der Nase. Ref. kommt im Gegensatz zu Rovsing zum Schlusse, dass man den Pathologen nicht „die Details der Krankengeschichten zur Information“ übermitteln solle, im Gegentheil, der Pathologe solle ohne jede Beeinflussung sein Urtheil ganz unbefangen abgeben, dann aber, nach Abgabe dieses Urtheils, insbesondere beim Entscheid über folgenschwere therapeutische Eingriffe sollten Therapeut und Pathologe ihre Befunde vergleichen und kritisch gegeneinander abwiegen, um bei erst vollständiger Uebereinstimmung die therapeutischen Folgerungen zu ziehen. Unbedingt nöthig ist dies aber, wenn sich zwischen dem klinischen und mikroskopischen Befund Widersprüche ergeben: hier kann und wird eine eingehende Besprechung im Verein mit wiederholt vorgenommenen Untersuchungen den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund auf eine gemeinsame, richtige diagnostische Basis stellen.

AUTOREFERAT.

4) **Gay de Montella** (Barcelona). **Histologische Studie über Nasen- und Kehlkopfmyxome. (Estudio histologico de los mixomas nasales y laringeos.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. V.*

Eine zusammenfassende Studie.

TAPIA.

5) **E. Estor. Multiloculäre branchiogene Cysten. (Multilocular branchiogenous cysts.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Es besteht eine gewisse Confusion in Bezug auf die Classification der angeborenen cystischen Halstumoren. Nach einem sorgfältigen Studium der in der Literatur verzeichneten Fälle constatirt Verf., dass seitlich am Halse multiloculäre Tumoren vorkommen, die von dem Ectoderm, dem Entoderm oder Mesoderm entstehen oder Bestandtheile aller drei Keimblätter gemischt enthalten. Diese Gewebe bilden die Auskleidung der cystischen Höhlen oder das intercystische Stroma. Diese Tumoren müssen sorgfältig von den polycystischen Parathyroidgeschwülsten getrennt werden. Die Entstehung dieser Geschwülste lässt sich nicht vollständig

durch die Hypothese von der Entwickelung von Neubildungen aus den Ueberresten des embryonalen Gewebes der Kiemenbögen erklären. Wir müssen vielmehr unsere Idee von ihrer Entstehung erweitern. Sie stellen embryonale Cysten von gemischtem Typus dar. Darunter finden sich Tumoren von allen embryonalen Typen vom wirklichen Teratom zu soliden oder cystischen Mischgeschwülsten und einfachem Embryoma oder Dermoidcysten. Es sind bisher nur 16 zweifellose Fälle von multiloculären Cysten beschrieben worden. LEFFERTS.

6) C. A. Parker. **Bericht über einen Fall von branchiogener Cyste. (Report of a case of branchiogenic cyst.)** *Transactions Chicago Pathological Society. August 1908.*

Der Fall ist nach Entwickelung, Localisation, Symptomen und Structur typisch; nach vollständiger Entfernung kein Recidiv. EMIL MAYER.

7) Alexander Mc. Lennan. **Die Function der Thymusdrüse. (The function of the Thymus Gland.)** *N. Y. Medical Journal. 21. November 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Thymus und Schilddrüse entwickelungsgeschichtlich, anatomisch, physiologisch und pathologisch eng zusammenhängen.

Bei zwei Operationen am Menschen fand er, dass die Thymusdrüse sich in den linken Schilddrüsenlappen fortsetzte. Es giebt einen Typus von Morbus Basedow, bei dem nach Entfernung der Schilddrüse plötzlicher Tod eintritt; in diesen Fällen findet man bei der Autopsie eine Vergrösserung der Thymusdrüse. Er folgert daraus, dass, wenn bei Basedow'scher Krankheit die Thyreodectomie nöthig sei, man bei gleichzeitig bestehender Thymushypertrophie zuerst diese entfernen solle.

Bei manchen Krankheitszuständen, besonders Laryngismus stridulus, hat die Entfernung der Thymus gute Resultate gegeben; das Resultat ist kein mechanisches, sondern beruht auf der Unterdrückung der inneren Secretion. Verf. meint, bei Kretins solle gleichfalls die Thymusexstirpation versucht werden. Bei Kindern ist beim Verdacht auf vergrösserte Thymus höchste Vorsicht in Bezug auf die Anwendung von Anaestheticis geboten. LEFFERTS.

8) L. Huismans. **Zwei Fälle von Thymustod. (Two cases of death mechanically caused by the Thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

H. berichtet über zwei plötzliche Todesfälle bei Kindern, denen keinerlei gefahrdrohende Symptome vorausgingen und die er dem mechanischen Einfluss der Thymusdrüse auf Athmung und Circulation zuschreibt. Das eine Kind war 6 Monate alt; es begann plötzlich stertorös zu athmen, wurde cyanotisch und war innerhalb einer halben Stunde todt. Die Autopsie zeigte, dass die Trachea viel blutige seromucöse Flüssigkeit enthielt, beide Lungen theilweise hepatisirt, die Thymus sehr erheblich vergrössert, nahm fast den ganzen Thorax ein.

Das zweite Kind war 6 Wochen alt, starb ebenfalls nach stertorösem Athmen innerhalb kurzer Zeit. Auch hier fand sich eine sehr starke Thymushypertrophie. LEFFERTS.

9) **Otto Lerch. Thymusvergrösserung mit nervösen Symptomen. Eine vorläufige Mittheilung. (Thymus enlargement associated with nervous symptoms. A preliminary communication.)** *N. Y. Medical Journal. 13. März 1909.*

L. meint, die Diagnose sei nicht schwer zu stellen. Die immer vorhandenen nervösen Symptome und der trapezförmige Dämpfungsbezirk, der sich bei Lageveränderung aufhellt, führen zur Diagnose. Die Röntgenstrahlen und besonders die hochfrequenten Strahlen verursachen eine erhebliche Contraction der Drüse. Nach 5 Minuten langer Application eines hochfrequenten Stromes hat sich eine grosse Drüse erheblich verkleinert. Dies ist ein sehr werthvolles differentialdiagnostisches Zeichen, gleichzeitig aber auch ein ausgezeichnetes therapeutisches Mittel, denn in gewissem Maasse bleibt der Effect ein permanenter. In schweren Fällen kann chirurgische Behandlung versucht werden; Ruhe und hygienische Maassnahmen sind von gutem Einfluss.

Verf. bezeichnet die Thymushypertrophie als einen Morbus sui generis, für den er die Benennung „Thymokesis“ vorschlägt. Mittels der Percussion lassen sich bei Erwachsenen, selbst bis in das späteste Alter die Grenzen der Drüse genau feststellen. Bei allen von ihm bisher untersuchten Personen variirt die Grösse des mit Blut und Lymphe gefüllten Organs von 2 zu 3 cm, zu 12 und 12 cm an der Basis entsprechend dem Niveau der Sternoclaviculargelenke. Die der Basis parallele Spitze kann die Herzdämpfung erreichen. Der Dämpfungsbezirk hat die Form eines Trapezoids, dessen Seitenränder leicht gebogen sind. Man percutirt am besten, wenn der Patient in aufrechter Stellung mit nach hinten geneigtem Kopf ist. Abnorme Atrophie der Drüse fand sich bei gleichzeitigem progressiven Marasmus.

LEFFERTS.

10) **Barbier. Hypertrophie der Thymus; Compression der Trachea. (Hypertrophie du thymus; compression de la trachée.)** *Société de pédiatrie. 16. Februar 1909.*

Verf. theilt vier Beobachtungen mit:

1. 18 Monate altes Kind mit dauernden Einziehungen; plötzlicher Tod. Bei der Obduction findet man die Trachea im Niveau des Manubrium sterni deformirt und erweicht und um ihre Achse gedreht.

2. 6 Monate altes Kind mit starken Einziehungen. Die Radioskopie zeigte einen ausgedehnteren Schatten, als normal, hinter dem Manubrium sterni.

3. Kind mit Eczem des Gesichts stirbt plötzlich bei der Einlieferung in das Hospital, ohne irgendwie behandelt worden zu sein. Bei der Autopsie findet man enorme dreilappige Thymus, Trachea abgeplattet und deformirt.

4. 3 Monate altes Kind; Einziehungen und Fieber. Keine Diphtherie. Tod am 3. Tage. Bei der Autopsie findet man eine enorme die Trachea comprimirende Thymus.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die absolute Luftdurchgängigkeit der Nasenhöhlen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 6. 1909.*

Eine absolute Messung der Luftdurchgängigkeit für jede Hälfte der Nasenhöhle war bis jetzt nicht möglich. Verf. hat in Anlehnung an eine ältere Methode von Spiess ein Verfahren ausgebildet, welches für klinische Zwecke eine solche Messung hinreichend gestattet. Die Beschreibung des vom Verf. gebrauchten Apparates muss im Original nachgelesen werden. Genaue Messungen nach obiger Richtung hin sind besonders erwünscht zur exacten Lösung der Frage nach dem Erfolge der transversalen Gaumendehnung auf die verengte Nasenhöhle.

OPPIKOFER.

12) **G. Macdonald. Klima und Nase. (Climate and the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. erörtert den Einfluss der atmosphärischen Luft — besonders ihres mehr oder weniger hohen Feuchtigkeitsgehalts — auf das erectile Gewebe des Naseninneren. Reizbarkeit der Nasenschleimhaut tritt gewöhnlich störender auf an der See und an windigen Plätzen, während Patienten mit atrophischer Rhinitis sich besser in feuchten Gegenden befinden. LEFFERTS.

13) **Henry Glover Longworthy. Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie. (The x-ray in Rhinology.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. betrachtet den Nutzen der Röntgenstrahlen für die Chirurgie der Nase als einen ungemein hohen. EMIL MAYER.

14) **Heermann** (Köln-Deutz). **Ueber Warmluftbehandlung bei Mittelohreiterung, Nasenkatarrhen und Geschwüren.** *Therap. Rundschau. 3. 1908.*

Kleiner Apparat, um warme Luft in das Ohr, in die Nase (oder auf Geschwüre) einzuführen. SEIFERT.

15) **R. Gording** (Christiania). **Die Bier'sche Stasebehandlung in der Rhinologie angewandt. (Bier's Stasebehandling anvendt i rhinologien.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juli 1908.*

Verf. hat Versuche mit der Sondermann'schen Saugmaske angestellt und gute Resultate erreicht, besonders gegenüber acuten Fällen von Sinusiten, die mit secundären retrobulbären Augenaffectionen verbunden waren. Referirt einen in dieser Beziehung instructiven Fall. Spricht sich auch lobend für die Anwendung der Methode gegenüber Rhinitis atrophicans aus, wo die Saugmethode in Verbindung mit Ausspülungen sehr gute Resultate gegeben hat. E. SCHMIEGELOW.

16) **Sprenger** (Stettin). **Schwammgummikugel mit Stiel zur Behandlung von Nasenleiden.** *Med. Klinik. 7. 1909.*

Zu verwenden bei einfachem chronischen Nasenkatarrh, chronischem Rachen-

katarrh, Ozaena, zur Nachbehandlung bei Naseneingriffen, bei Heufieber, zur Bekämpfung der Ansaugung der Nasenflügel. SEIFERT.

17) **L. Gilmer** (München). **Ueber chirurgische Schnellaufnahmen.** *Mit 2 Abb. und 15 Röntgenbildern auf 2 Tafeln. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1908.*

Gilmer berichtet über eine Reihe von Verbesserungen an Instrumentarium und Technik, die eingehend besprochen werden und zu kurzem Referat sich nicht eignen. Unter den Röntgenbildern befinden sich auch drei wohlgelungene Schädelaufnahmen: 1. Sonde in der Keilbeinhöhle (Expositionszeit $3^1/_2$ Secunden), 2. normale Schädelbasis (4 Secunden) und 3. linksseitige Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung (5 Secunden). HECHT.

18) **B. F. Rea. Chinin als Schnupfpulver bei acuter Rhinitis. (Quinine snuffed up the nose in acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. September 1907.*

Aufschnupfen von Chinin bringt fast sofort Erleichterung, indem die Nase wieder für die Athmung frei wird. LEFFERTS.

19) **Chas. E. Sajous. Hyperästhetische Rhinitis. (Hyperaesthetic Rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Verf. gebraucht an Stelle der Bezeichnung „Heufieber“ den Ausdruck hyperästhetische Rhinitis, da der Krankheitszustand auch durch mannigfache andere Irritantien, als die Pollen, hervorgerufen wird. Wo anatomische Veränderungen, wie Polypen, Exostosen, Muschelhypertrophien vorhanden sind, durch welche nicht nur infolge Reizung die sensiblen Nervenendigungen der gegenüberliegende Schleimhautbezirk, sondern auch das Centrum, zu dem die sensorischen Impulse geleitet werden, d. h. der Trigeminus, hyperästhetisch gemacht werden, wird durch Entfernung dieser Auswüchse etc. leicht Heilung erzielt. In vielen Fällen hat Verf. durch Aetzung der hyperästhetischen Stelle die Erscheinungen zum Verschwinden gebracht. Da Verf. den Symptomencomplex so erklärt, dass durch die irritirende Ursache reflectorisch eine Dilatation der kleineren Gefässe und somit eine vermehrte Blutzufuhr zur Nasenschleimhaut, Conjunctiva etc. herbeigeführt wird, so folgert er, dass die besten Erfolge zu erzielen sind durch ein Mittel, das local oder auf dem sympathischen Wege eine Gefässverengerung bewirkt. Er bedient sich zu diesem Zweck einer Lösung von Adrenalin 1:10000. In Verbindung mit der Localbehandlung gab ihm die innerliche Anwendung von Belladonna die besten Resultate.

Verf. betrachtet in manchen Fällen auch die Gicht als eine dem Heufieber zu Grunde liegende Ursache; als das beste Mittel gegen gichtische Diathese bewährte sich ihm getrocknete Schilddrüse. LEFFERTS.

20) **A. Onodi** (Budapest). **Mucocele der mittleren Muschel.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat eine nussgrosse Knochenblase der linken Seite eröffnet, welche sich als eine Mucocele erwies. v. NAVRATIL-POLYAK.

21) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Einige Bemerkungen über Conchotomia inferior.** *Bericht der Jahresversammlung der Medicinischen Gesellschaft zu Kiushu. 1907.*

Der Verf. sieht die Conchotomia inferior als eine Mode unter den jetzigen Specialisten an und warnt vor dem dadurch verursachten Schaden, der hauptsächlich aus den folgenden Gründen entsteht:

1. Die meisten Rhinologen in Japan machen die Tamponade (meist Gaze) und lassen sie ein oder mehrere Tage in der Nasenhöhle liegen. Einige wechseln die Tampons während einer gewissen Zeit. Diese Tamponeinführung verursacht oftmals eine Otitis media acuta, besonders wenn eine Nebenhöhleneiterung vorhanden ist. Bei der Tamponade und Desinfection in der Rhinochirurgie muss man sehr vorsichtig sein.

2. Wenn man ohne genaue Kenntniss vom normalen Zustande der unteren Muschel die Conchotomia ausführt, so beraubt man den Patienten der Functionen des Schwellkörpers. Einige Specialisten tragen die Muschel von der Wurzel ab und die anderen nehmen selbst die normal functionirenden Muscheln weg, besonders wenn eine Deviatio mit Crista vorhanden ist.

K. nennt die atrophischen Zustände mit chronischem Rachenkatarrh nach der excessiven Conchotomia inferior „Rhinitis atrophica chronica operativa".

K. unterscheidet die wirkliche nach Cocain-Adrenalisirung bestehen bleibende von der vasomotorischen Anschwellung. Bei der Hypertrophie empfiehlt K. die Conchotomia inferior mit Heymann'scher Scheere und kalter Schlinge nur in den Weichtheilen. Der Knochen soll nur bei hochgradiger Hypertrophie theilweise abgetragen werden. K. pinselt H_2O_2 auf die Wunde und macht keine Tamponade. Wenn eine Deviatio resp. Crista vorhanden ist, muss man sie erst submucös operiren.

AUTOREFERAT.

22) **Y. Sakakida. Conchotomia inferior submucosa ohne Tamponade.** *Dainihon-Jibiinkokwa-kwaikwaiho. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Als Vortheile der submucösen Conchotomie rechnet S. die Erhaltung des Schwellgewebes, schnelle Heilung der Wunde, Ausschalten der Beschwerden wegen der Tamponade und die Erleichterung der reactiven Symptome, aber es scheint dem Referenten, dass diese submucöse Methode der Mühe nicht werth ist. Die S.'sche Methode ist im Grossen und Ganzen der Jankauer'schen ähnlich.

INO KUBO.

23) **C. C. Miller. Die schnellste, wirksamste und unblutigste Methode zur Abtragung der Muscheln. (Most rapid, effective and least bloody method of turbinal removal.)** *Medical Fortnighthy St. Louis. 26. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung einer hämostatischen Zange. Die Schleimhaut wird cocainisirt, dann die Scheerenblätter unter resp. über die abzuschneidende Muschel geschoben und die Scheere geschlossen.

EMIL MAYER.

24) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 459. 1908.*

Verf. ist auf Grund mehrjähriger Beobachtungen (61 Fälle) zu der Ueber-

zeugung gekommen, dass die hereditäre Syphilis eine wesentliche Rolle in der Vorgeschichte der Ozaena spielt.

Bei 5 dieser Fälle ist geradezu der Beweis der hereditären Lues geliefert (die Krankengeschichten werden beigefügt), bei 11 weiteren ist sie mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Die Diagnose gründet sich auf die sicheren Indicien in Anamnese und Status. Der Tuberculose oder skrophulösen Diathese kann Verf. nach seinen Erfahrungen keinen nennenswerthen Einfluss auf die Ausbildung der Ozaena einräumen. Bei einem Theil der Fälle war eine muthmaassliche Ursache für die Entwickelung der Ozaena nicht zu eruiren. Die Entstehung der Ozaena führt Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf eine directe locale Schädigung der Nasenschleimhaut durch das syphilitische Virus zurück; für diese Vorgänge geben analoge Verhältnisse bei der acquirirten Syphilis wichtige Fingerzeige.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

25) **Alexander** (Berlin). **Serodiagnostische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Ozaena und Syphilis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 669. 1909.*

A. hat bei 26 Ozaenakranken die Wassermann'sche Reaction ausführen lassen; unter den Untersuchten fanden sich keine, die von vornherein luesverdächtig waren. Das Resultat der Blutuntersuchung war in allen 26 Fällen ein negatives. A. macht aber darauf aufmerksam, dass dieser negative Ausfall nichts beweist und nicht etwa zur Annahme verwertet werden darf, dass die Syphilis in der Aetiologie der Ozaena keine Rolle spielt. Es giebt Fälle von scheinbar einfacher Ozaena, die sicher auf luetischer Grundlage entstanden sind.

OPPIKOFER.

26) **M. Lasaygues. Ueber die Beziehung der Ozaena zur hereditären Syphilis. (De l'orgine hérédo-syphilitique de l'ozène.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Ozaena ist oft nichts anderes, als Folgezustand einer hereditären Syphilis.

OPPIKOFER.

27) **J. M. Steiner. Ueber Ozaena.** (*Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden.*)

Discussion:

v. Navratil jun.: In Fällen, wo Nasenrachen, Rachen und Nebenhöhlen in Mitleidenschaft gezogen werden, ist der Eiter heller und dünnflüssiger. Den ozaenatösen Gesichtstypus hat v. N. nicht immer gefunden.

Donogány: Geschwulst und Nebenhöhlenempyem kommen häufig zusammen vor.

Baumgarten: Ozaenatöse Processe, welche nach Entfernung von Geschwülsten sich in vacuo entwickeln, bilden sich mit der Zeit zumeist zurück.

Steiner erklärt, dass er an dem Bestehen eines ozaenatösen Gesichtstypus festhält.

v. NAVRATIL-POLYAK.

28) **Ross H. Skillern** und **E. Burvill Holmes. Vorläufiger Bericht über Vaccinebehandlung der atrophischen Rhinitis (Ozaena). (Preliminary report on the vaccine treatment of atrophic Rhinitis [Ozaena].)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Bericht über 2 Fälle, die mit einer Vaccine von der combinirten Cultur eines aus Reincultur vom Abel'schen Bacillus gewonnenen Serums behandelt wurden. Die Injectionen wurden zuerst zweimal täglich in den Arm gemacht. Im ersten Falle war nach 3 Wochen merkliche Abnahme der Borkenbildung zu constatiren, ebenso Nachlassen des Foetor. Nach einem intercurrenten Scharlach, während dessen die Behandlung ausgesetzt werden musste, war nach 2 Monaten der Zustand so schlecht wie vorher,

Bei einer 30jährigen Frau war während der ersten 14 Injectionen gleichfalls Besserung zu constatiren, dann trat plötzliche Verschlechterung ein, so dass der status quo ante wieder vorhanden war. Patientin fühlte sich, ihrer Aussage nach, während der Behandlung besser als je zuvor.

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass, wenn es gelinge, Reinculturen vom Bac. mucosus capsulatus zu erhalten, die Resultate günstiger sein werden.

LEFFERTS.

29) **Mermod** (Lausanne). **Submucöse Resection bei Ozaena. (Submucous resection in ozena.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. geht von der Thatsache aus, dass bei einseitiger Ozaena stets die weite Nasenhöhle die erkrankte ist; auf dieser Seite pflegen die Muscheln atrophisch zu sein. Auf der anderen Seite greift eine compensatorische Hypertrophie Platz. Verf. empfiehlt in diesen Fällen submucöse Resection der Nasenscheidewand, da dadurch das Gleichgewicht wieder hergestellt werde. Er berichtet über 4 Fälle; in 3 trat erhebliche Besserung, im vierten Heilung ein.

EMIL MAYER.

30) **D. N. Kinsman. Rhinorrhoea cerebrospinalis. (Cerebrospinal Rhinorrhea.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Stirn, Wangen und Kinn waren infolge des constanten Gebrauchs von Handtüchern, mit denen Pat. die Absonderung am Herabfliessen auf ihre Kleidung abzuhalten suchte, mit einem Eczem bedeckt. Sie konnte willkürlich, je nachdem sie den Kopf nach vorn oder hinten neigte, das Secret aus der Nase oder dem Rachen abfliessen lassen. Sie war mit allen möglichen Mitteln (auch Belladonna und Arsen) behandelt worden, aber ohne Erfolg.

Die Flüssigkeit, die in einer Menge von 3 Tropfen pro Minute abgesondert wurde, war transparent, darin schwammen Schleimflocken. Beim Stehen setzte sich ein Niederschlag von Epithelzellen aus der Nase. Zellen aus den Cerebrospinalhöhlen wurden nicht gesehen. Die Flüssigkeit war alkalisch, mit schwacher Reaction für Chlornatrium. Bei Anwendung von Hitze und Salpetersäure kein Niederschlag. Beim Abkühlen bildete sich eine schwache weissliche Trübung, die die Anwesenheit von Albumen anzeigte; bei der Fehling'schen Probe bildete sich ein orange-rother Niederschlag.

EMIL MAYER.

31) **Vigouroux** (Paris). **Ausfluss von Meningocerebrospinalflüssigkeit durch die Nase. (Ecoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales.)** *La Presse médicale. 17. Mai 1909. No. 39.*

Gelegentlich einer eigenen Beobachtung giebt Verf. eine Uebersicht über die bereits publicirten gleichen Fälle.

Bei einem schwächlichen, erblich belasteten Degenerirten begann der Ausfluss plötzlich im Alter von 28 Jahren im Anschluss an einen heftigen Kopfschmerz, der danach verschwand.

Bei der Autopsie fand sich: Vergrösserung des Plexus choroideus im IV. Ventrikel, Vergrösserung der Löcher in der Lamina cribrosa, Dilatation der Seitenventrikel, des Aquaeductus Sylvii und des III. Ventrikels. GONTIER de la ROCHE.

32) **S. Inomata. Ein Fall von Rhinitis fibrinosa.** *Japan. Zeitschrift f. Oto-rhino laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Ein 9jähriger Knabe klagt über Nasenverstopfung, Epistaxis und vermehrten Secretausfluss, aber keine Temperatursteigerung. Beide Nasenhöhlen sind mit weisser Membran belegt, worin man Diphtheriebacillen culturell sowie mikroskopisch constatiren konnte. Durch Serumtherapie ist die Krankheit rasch besser geworden. INO KUBO.

33) **Ljaschenko. Diphtherie und Rose der Nase beim combinirten Verlauf. (Difteritii rosha nosa pri sowmestnom tetschanii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 483. 1908.*

Beschreibung eines Falles, bei dem Antidiphtherie- und Antistreptokokkenserum gute Dienste that. P. HELLAT.

34) **Gereda** (Madrid). **Sechs Fälle von isolirter Nasendiphtherie. (Seis casos de difteria nasal aislada.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 21. März 1908.*

Nichts Neues. TAPIA.

35) **Valentin** (Lille). **Ein Fall von Lupus der Nasenhöhle durch Paratoxin geheilt. (Un cas de lupus des fosses nasales guéri par la paratoxine.)** *Rev. hebdom. de laryngol. No. 18. 1908.*

Bei einem 40jährigen Patienten, bei dem schon verschiedentlich Curettage und Milchsäureätzungen versucht worden waren, sah Verf. in einem Monat Vernarbung der erkrankten Partien auftreten unter Aufblasen von Paratoxin (öliger Extract von Galle). BRINDEL.

36) **Lafitte Dupont** und **Molinier** (Bordeaux). **Diagnostische Tuberculinreaction auf der Nasenschleimhaut. (Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La Rhinoréaction.)** *Presse médicale 13. März 1909.*

Die Reaction tritt 18—48 Stunden ein, nachdem die Schleimhaut mit Tuberculin eingerieben ist; sie verschwindet in 7—8 Tagen. Sie ist charakterisirt durch das Auftreten eines Exsudats, das auf die Applicationsstelle localisirt ist und eine congestionirte, ja sogar hämorrhagische Schleimhaut bedeckt.

Die Reaction ist schmerzlos, ohne Gefahr und kann ohne Wissen des Patienten angestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

37) John V. Shoemaker. **Ein Fall von Tuberculose der Nase und Zerstörung der tieferen Gewebe. (A case of Tuberculosis involving the nose with destruction of the deeper tissues.)** *Journal of the American Medical Association. 14. September 1907.*

Bei der Patientin entwickelte sich 6 Wochen nach einer Fractur der Nase eine Ulceration am linken Nasenflügel, die auf die linke Wange und Oberlippe übergriff; die Ulceration ging dann auch auf den rechten Nasenflügel über und es kam zur Zerstörung der Knorpel und der tieferen Gewebe. Histologische Untersuchung ergab Tuberculose. Die örtliche Behandlung bestand in Aetzungen mit reiner Carbolsäure, die alle 3—4 Tage vorgenommen wurden. Unter gleichzeitiger guter Ernährung und Darreichung von Kreosot trat erhebliche Besserung ein.

EMIL MAYER.

38) Menzel (Wien). **Zur Kenntniss des harten Schankers in der Nasenhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Infection durch den inficirten bohrenden Finger, Secundärinfection der regionären Lymphdrüse unter dem Bilde einer Angina Ludovici.

CHIARI-HANSZEL.

39) Siems und Rajat. **Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Eine typische Form. Nichts Besonderes. BRINDEL.

40) Hélot. **Behandlung der Epistaxis durch Kälte. (Traitement de l'épistaxis par le froid.)** *Arch. Intern. de Laryngologie. Mai-Juni 1907.*

Historische Betrachtungen über die einst beliebte Methode, einen Schlüssel in den Nacken zu legen. Die Fernwirkung der Kälte besteht dabei in einem gewissen vaso-constrictorischen Effect. Ihre locale Anwendung auf die blutende Stelle ist sicherer. BRINDEL.

41) Schiffers (Lüttich). **Die Serotherapie bei Nasenbluten. (Sérothérapie dans les épistaxis.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngol. Gesellschaft vom Juni 1907. PARMENTIER.

42) Ravasa (Lérida). **Klinische Studie über Nasenbluten. (Estudio clinico de las epistasis.)** *Boletin medico de Lérida. 1908.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

43) Putschkowski. **Nasenblutungen und ihre Therapie. (Nosowejá krowotetschnija i ich terapia.)** *Jeshemesjatschnik. p. 334. 1908.*

Eine Zusammenstellung der Ansichten verschiedener Autoren. P. HELLAT.

44) **Hellmann** (Würzburg). **Zur Behandlung des habituellen Nasenblutens.** *S.-A. aus der Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1907.*

Autor empfiehlt „die Behandlung habituell blutender Phlebectasien und Varicen des Septums und des Nasenbodens mit scharf schneidenden Instrumenten". „Die Gefässe", die nach Cocain-Suprarenin-Application scharf hervortreten, „werden der Länge nach mit spitzigem, sichelartigem Messerchen geschlitzt, an ihr peripheres und centrales Ende wird ein kleiner entspannender Querschnitt gelegt. Coulissenartig vom Septum zum Nasenboden ziehende Schleimhautfalten werden nach Längsschlitzung der Gefässe mehrfach eingekerbt. Bei dichter, netzartiger Anordnung der Venen empfiehlt sich multiple Skarification kreuz und quer, wie bei Acne rosacea". Nachblutung kam bei 10 auf diese Weise behandelten Fällen nicht vor. Die Bildung neuer Phlebectasien wird auch durch diese Methode nicht verhindert, doch schädigt sie Epithel, Drüse und Bindegewebe weit weniger wie Aetzung und Kaustik.

HECHT.

45) **Otto Mayer** (Graz). **Ueber histologische Veränderungen der Nasenschleimhaut bei Leukämie und über die Entstehung des Nasenblutens bei dieser Erkrankung.** *Mit 6 Abbild. im Text. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1908.*

Eine 31jährige, an Leukämie mit starkem Nasenbluten leidende Patientin erlag einer leukämischen Apoplexie. Mayer untersuchte die der Leiche entnommenen Theile der Nasenmuscheln und des knorpligen Septums und berichtet eingehend über deren histologischen Befund, an dem insbesondere die Infiltration der Schleimhaut und der ausserordentliche Reichthum an Blutgefässen, sowie die Dilatation derselben, insbesondere der Venen, auffielen. Mit Rücksicht auf den beobachteten Fall erklärt Autor die Entstehung des Nasenblutens bei Leukämischen folgendermaassen: „Durch die Infiltration der Schleimhaut wird ein Juckreiz ausgelöst, welcher dem Patienten Veranlassung giebt, in der Nase zu bohren, wodurch eine Verletzung der Septumschleimhaut entsteht, die infolge der oberflächlichen Lage dilatirter Gefässe zu einer abundanten Blutung führt. Die entstandene Verletzung heilt im leukämischen Gewebe nicht, sondern es entwickelt sich aus dem Substanzverlust ein Geschwür; der Gefässreichthum des Geschwürsgrundes ist die Ursache, dass schon kleine mechanische Läsionen zu Blutungen führen." „Bei der ausserordentlichen Dilatation der Blutgefässe der Muschelschleimhaut können stärkere Steigerungen des Blutdruckes, wie sie beim Husten, Niessen, Schneuzen entstehen, bereits zur Ruptur von Gefässen und somit zur Epistaxis führen."

HECHT.

46) **L. Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 4. 1909.*

Schilderung seines Decorticationsverfahrens und Angabe einer Methode der Freilegung der Hypophyse, die mit einigen technischen Modificationen 6 mal von Chirurgen ausgeführt wurde.

HANSZEL.

47) **O. Hirsch** (Wien). **Eine neue Methode der endonasalen Operation von Hypophysentumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

In Form einer vorläufigen Mittheilung beschreibt H. seine endonasale Me-

thode, die sich folgendermaassen gestaltet: Unter Cocainanästhesie wird die mittlere Muschel entfernt, nach einigen Tagen das vordere und hintere Siebbein ausgeräumt, nach einer weiteren Pause wird die vordere Keilbeinwand in toto abgetragen und wieder erst nach einigen Tagen die Eröffnung des Hypophysenwulstes und die Duraschlitzung vorgenommen. CHIARI-HANSZEL.

48) **W. Sohier Bryant. Strictur der Tuba Eustachii und deren verderbliche Folgen, zurückgeführt auf Verwachsungen in der Rosenmüller'schen Grube. (Stricture of the Eustachian Tube with its baneful consequences traced to adhesions in the fossa of Rosenmüller.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

In der Rosenmüller'schen Grube kommen Adhäsionen und Verengerungen vor, die die physiologische Action der Tube beeinträchtigen und zu deren Strictur führen. Man kann dies durch das Salpingoskop feststellen. Um die Erscheinungen seitens des Mittelohres zu beseitigen, ist zunächst eine Behandlung der in der Rosenmüller'schen Grube gefundenen Veränderungen geboten. Alles in ihr auffindbare lymphatische Gewebe muss mit der Curette entfernt, eventuelle Verwachsungen gelöst werden; letzteres kann in vielen Fällen am besten mit dem Finger gemacht werden, bisweilen muss das Messer dazu genommen werden. In jedem Fall muss man darauf gefasst sein, den Eingriff öfter wiederholen zu müssen. Die Heilung wird durch Argentumätzungen befördert. LEFFERTS.

49) **Iwanoff** (Moskau). **Plastische Operationen bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 545. 1909.*

Wenn narbige Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand operativ beseitigt sind, so ist bei der grossen Tendenz von Wiederverwachsungen das Offenhalten der geschaffenen Oeffnung sehr schwer. Ist bei solchen Verwachsungen des Velums mit der hinteren Rachenwand die Uvula freigeblieben, so benützt I. — in einem Falle von Lues, dessen Krankengeschichte wiedergegeben wird — die Uvula als plastisches Material. Die Uvula wird mit dem Messer in zwei gleich grosse Theile getrennt und dann die eine Uvulahälfte nach links und die andere nach rechts an den hinteren durchschnittenen Velumrand angenäht.

Bei allen plastischen Operationen des weichen Gaumens ist die Gummitamponade, da sie nicht klebt, unbedingt nothwendig; zu diesem wird ein gewöhnlicher Gazetampon mit einer dünnen Gummileinwand umhüllt. OPPIKOFER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **G. H. Edington. Macrostoma mit gleichzeitiger Spaltung des weichen Gaumens. (Macrostoma associated with cleft of soft palate.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1909.*

Fall eines weiblichen Kindes, bei dem eine persistirende Mandibularfissur vom rechten Mundwinkel bis zum Tragus reichte. A. LOGAN TURNER.

51) **E. Debonnelle. Die Dermoidcysten des Mundhöhlenbodens. (Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.)** *Dissert. Paris 1908.*

D. beobachtete bei einem 19jährigen Mann eine Dermoidcyste des Mund-

bodens. Er bespricht den Fall ausführlich und giebt zwei Photographien, die zeigen, wie der weiche, gelbliche Tumor sich im Munde unter der Zunge und aussen am Halse über dem Zungenbein vorwölbt. Dann stellt Verf. 77 weitere analoge Fälle aus der Literatur zusammen. OPPIKOFER.

52) **Boada** (Barcelona). **Ludwig'sche Angina. (Angina de Ludwig.)** *La Medicina de los ninos. Juni 1908.*

Mittheilung eines Falles. TAPIA.

53) **J. J. Thomas. Ludwig'sche Angina. (Ludwig's Angina.)** *Journal of Surgery. Februar-März 1908.*

Nach Ansicht von Th. beruht die Todesursache bei Ludwig'scher Angina nicht auf septischer Intoxication, sondern auf einer Beeinträchtigung der Respiration. Er betrachtet die Krankheit als eine schnell sich ausbreitende Zellgewebsentzündung, die als eine geringfügige Lymphadenitis in der Gegend der Submaxillardrüse beginnt und sich auf den Mundboden und den Pharynx ausbreitet. Irgend eine Oberflächenläsion in der Nachbarschaft stellt den primären Herd dar. Der Streptococcus allein oder mit anderen Organismen ist der Infectionsträger. Der Tod erfolgt gewöhnlich dadurch, dass der Larynx befallen wird. Die gefährlicheren Fälle sind diejenigen, in welchen die Affection im Rachen oder Kehlkopf beginnt. Die pathologischen Veränderungen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei jeder anderen pyogenen Infection unter ähnlichen anatomischen Verhältnissen.

Was die Behandlung betrifft, so geben Incisionen in den Mundboden gewöhnlich kein befriedigendes Resultat. Die mediane suprahyoidale Incision verdient deswegen nicht, gewählt zu werden, weil sie den primären Infectionsherd nicht trifft; sie ist nur da anzuwenden, wo eine evidente submentale Eiteransammlung vorhanden ist. Die submaxillare Incision, d. h. der Schnitt oberhalb des Trigonum submaxillare und parallel dem unteren Rand der Wange, wird in der Mehrzahl der Fälle den Eiterherd freilegen. Eventuell müssen die M. mylohoidei durchtrennt und das sublinguale Gewebe freigelegt werden. Es wird Localanästhesie empfohlen. EMIL MAYER.

54) **A. Hald** (Kopenhagen). **Ein Fall von Cheiloplastik ad medum Stein. (Et Tilfälde af Cheiloplastik ad medum Stein.)** *Hospitals Tidende. No. 39. p. 1128. 1908.*

Diese im Jahre 1848 von dem genialen dänischen Chirurgen Stein angegebene Methode ist von Kr. Poulsen in einem Falle mit sehr schönem Erfolge ausgeführt worden. Die Methode hat hauptsächlich für den Chirurgen Interesse und soll darum hier nicht referirt werden. E. SCHMIEGELOW.

55) **Gueyrat** und **M. Pinard. Weicher Lippenschanker. (Chancre simple de la lèvre.)** *Société méd. des hôpitaux. 26. Februar 1909.*

Der weiche Schanker der Lippe ist selten. Im vorliegenden Fall stützt sich die Diagnose darauf, dass am Penis zwei weiche Schanker vorhanden waren. In

dem Lippenschanker wurden die Ducrey'schen Bacillen gefunden; die Ueberimpfung des Schankers war positiv.

A. CARTAZ.

56) **V. P. Blair. Anatomie und Chirurgie des harten Gaumens beim Kinde. (Anatomy and Surgery of the hard palate of the infant.)** *Interstate Medical Journal. März 1909.*

Die Arbeit besteht hauptsächlich in einer Erörterung über die besten bei der Gaumenspalte anzuwendenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

57) **Bogoslawski. Hypsistaphylia.** *Dissert. Petersburg 1908.*

Gegenstand der ungemein mühsamen Arbeit ist nach des Autors eigenen Worten „genaue kritische Analyse der Siebenmann'schen Theorie“ über den hohen Gaumen.

Die Arbeit wurde unter der Leitung von Prof. Schawlowski in Petersburg ausgeführt. Sie zerfällt in einen anthropologischen und einen anatomischen Theil. Gemessen und untersucht wurden 1000 Schädel, unter ihnen 200 Plattgaumler, 200 Hochgaumler, 141 mit Zahnanomalien, 50 deformirte Schädel und 50 auf Stenogrammen.

Die Messungen wurden nach verschiedenen Systemen und Gesichtspunkten vorgenommen.

Der Arbeit ist eine grosse Anzahl Tabellen, Diagramme, verschiedene Zeichnungen und Abbildungen hinzugefügt. Die Literaturangaben belaufen sich auf ca. 260 Nummern. Leider mangelt es etwas an Systematik und in Folge dessen an Einheitlichkeit und Klarheit.

Die anthropologischen Angaben von Siebenmann finden im Allgemeinen eine Bestätigung. Der Hypsistaphyle ist zugleich Leptoprosop und Leptorrhin. Im Einzelnen finden sich jedoch grosse Unterschiede. Die Leptoprosopie wie auch die Leptorrhinie ist nur eine relative. Das Gesicht ist bei Hypsisstaphylie nicht schmäler, wohl aber höher als bei Platystaphylie. Dasselbe bezieht sich auf die Nase. Die vordere und hintere Oeffnung der Nase ist bei Hypsistaphylie sogar breiter als gewöhnlich.

Diesen Schluss zieht B. aus den Messungen von 100 Platt- und 100 Hochgaumlern. Demnach ist auch die Athmungsweite der Nase bei Hypsisthaphylie um 1—2 pCt. grösser als bei Platystaphylie.

Die Hochgaumler haben eine gewisse Neigung zu Prognatismus. Die Häufigkeit der Septumdeviation steigt mit Hypsistaphylie, aber nicht die Schwere der Deviation. Es giebt keinen Zusammenhang zwischen Zahnanomalien und Hypsistaphylie.

Die Angabe von Siebenmann, die angeborene Atresie der Nase und der Choanen, d. h. das Hauptargument für Aufrechterhaltung seiner Hypothese, spiele bei der Hypsistaphylie keine Rolle, wird durch die Zahlen von B. durchaus widerlegt.

Die Zahlenangaben von Bogoslowski stützen sich auf 124 Fälle von Atresie. Danach stellt sich heraus, dass bei angeborener Mundathmung Hypsistaphylie in 81 pCt. beobachtet wird.

P. HELLAT

58) L. Th. Schleurholts Boerma (Utrecht). **Der hohe Gaumen. (Het verhoegde palatum.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Zur Erklärung der Entstehung des hohen Gaumens infolge von Mundathmung weist B. besonders auf den fehlenden negativen Druck in der Mundhöhle hin.

H. BURGER.

59) L. W. Dean. **Dehnung des Gaumengewölbes; ihr Einfluss auf Nase und Nasenrachen. (Widening of the palat arch; its influence on the nose and naso-pharynx.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1908.*

Durch die Dehnung des Gaumengewölbes wird der Nasenboden verbreitert und die Entwickelung der zurückgebliebenen Theile angeregt.

EMIL MAYER.

60) Williams Watson. **Bericht über einen Fall von Fensterung der vorderen Gaumenbögen. (Notes on a case of fenestration of the anterior pillars of the fauces.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Wahrscheinlich handelt es sich um eine angeborene Anomalie. Es bestanden keine subjectiven Symptome. Die vorderen Gaumenbögen wurden bei der Phonation contrahirt; es war augenscheinlich, dass die Innenränder des Fensters auf jeder Seite von Muskeln gebildet waren, die nach unten zur Zunge zogen und von normaler Schleimhaut überzogen waren. Die hinteren Gaumenbögen waren von besonderen zur seitlichen Rachenwand ziehenden Muskelbündeln gebildet. Der Aufsatz ist illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

61) Alexander Hugh Ferguson. **Hasenscharte und Gaumenspalte. (Harelip and cleft palate.)** *Journal American Medical Association. Mai 1908.*

Giebt eine ausführliche Uebersicht über die verschiedenen Varietäten der Spaltbildungen und über die dabei zu empfehlenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

62) G. A. Stimson. **Angeborene Insufficienz des Gaumens. (Congenital insufficiency of the palate.)** *The Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Verf. theilt einen hierher gehörigen Fall mit. Das Gaumengewölbe war hoch und spitzbogenförmig, die Uvula kurz und zweigetheilt, der weiche Gaumen ververkürzt.

EMIL MAYER.

63) Botey (Barcelona). **Chirurgische Behandlung der Gaumensogelinsufficienz. (Tratamiento quirurgico de la insuficiencia velo-palatina.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. p. 48.*

Man kann in der Praxis drei Arten von Fällen beobachten:

a) Kürze der Gaumenwölbung ohne Insufficienz des Gaumensegels.

b) Insufficienz des Gaumensegels bei normaler Wölbung.

c) Kürze der Gaumenwölbung mit Insufficienz des Gaumensegels.

Das hauptsächlichste und constanteste Symptom ist die näselnde Sprache; Zurückfliessen der Flüssigkeit beim Trinken ist nicht so häufig.

Die Behandlung Botey's beruht auf der Annäherung der hinteren Gaumenbögen an die hintere Rachenwand. Verf. beschreibt einige von ihm zu diesem Zweck angegebene und benutzte Instrumente. Die Technik der Operation besteht darin, dass eine oder zwei Elipsen aus der Schleimhaut der hinteren Pharynxwand herausgeschnitten und die Ränder der Incision vernäht werden. Die Resultate sind sehr gut, aber nicht vollkommen.

TAPIA.

64) J. Percy Fridenberg. **Angeborene Spaltung der Gaumenbögen und Isolation des Musculus palato-glossus. (Congenital detachment of faucial pillars and isolation of palato-glossus muscle.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die bilateralen und symmetrischen Spaltungen im Gaumenbogen sind fast stets angeboren. Verf. berichtet über einen hierher gehörigen Fall.

EMIL MAYER.

65) J. Barnhill. **Die Correction von Hasenscharten und Gaumenspalten. (The repair of hare-lip and cleft palate.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Die beste Zeit für die Operation ist — ausser wenn das Kind schlecht genährt oder anderweitig erkrankt ist — unmittelbar nach der Geburt. Wird das Kind erst kurz vor dem Zahnausbruch zum Chirurgen gebracht, so ist es besser, jenen erst abzuwarten, bevor man operirt. Das Kindesalter ist auch darum die beste Zeit für die Operation, weil bessere Chancen für die Phonation und Sprache bestehen. Wird die Operation verweigert, so gelingt es auch noch in späterem jugendlichen Alter bisweilen, zufriedenstellende kosmetische und functionelle Resultate zu erzielen. Bei der Operation ist vor allem auch darauf zu achten, dass die Gaumenmuskeln so wenig wie möglich verletzt werden; je weniger dies der Fall ist, desto besser ist nachher die Function.

EMIL MAYER.

66) J. O. Roe. **Eine neue plastische Operation für narbige Contracturen und Verwachsungen von Gaumen und Rachen. (A new plastic operation for cicatricial palate-pharyngeal contractures and adhesions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Für Narbencontracturen oder Verwachsungen im Nasenrachenraum als Folge von Ulcerationen oder Traumen schlägt Verf. eine Operationsmethode vor, die darin besteht, dass — nach Ablösung der Adhäsionen — die gegenüberliegenden Wundflächen mit Schleimhaut bedeckt werden, die von der Nachbarschaft entnommen ist.

LEFFERTS.

67) Goris (Brüssel). **Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen nach der Bardenheuer'schen Methode.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 23. 1909.*

Um nach der Totalresection des Oberkiefers den Hohlraum zu vermeiden und sofort eine autoplastische Wiederherstellung zu erzielen, hat G. bei einem 55jährigen Patienten mit Sarkom des rechten Oberkiefers die von Bardenheuer angegebene Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen mit gutem Erfolge angewendet. G. glaubt, dass dieses Verfahren dem Tragen eines künstlichen Gebisses vorzuziehen ist.

OPPIKOFER.

68) **E. Souchon. Die philosophische Anatomie der Zunge. (The philosophical anatomy of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 15. Mai 1909.*

Verf. definirt als „philosophische Anatomie" das Studium von der Ursache der Dinge, von den Principien und allgemeinen Gesetzen der Anatomie und von den Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung.

Nase, Zunge und Haut sind die einzigen Sinnesorgane, die ausserdem noch andere Functionen erfüllen. Die Zunge ist neben dem Herzen das einzige Organ, bei dem man Basis, Körper und Spitze unterscheidet; sie ist das einzige Organ, das aus der Höhle, in der es gelegen ist, herausgestreckt werden kann. Kein anderes Organ kann so seine Gestalt ändern und ist so beweglich. Sie hat eine doppelte Structur, gemäss seiner doppelten Function, der sensorischen und motorischen. Ihre Farbe wechselt mehr als die jeden anderen Organs. Sie ist das einzige Organ, das die drei Arten von Nerven enthält: den specifischen Sinnesnerv, den sensiblen Nerv und den motorischen Nerv u. s. w. LEFFERTS.

69) **R. Girandeau. Beitrag zum Studium der schwarzen Haarzunge. (Contribution à l'étude de l'hyperkératose papillaire linguale; langue noire pileuse.)** *Dissert. Paris 1908.*

G. hat im Verlaufe von 18 Monaten „ungefähr 30 Fälle" schwarzer Haarzunge beobachtet. Mittheilung von 14 Krankengeschichten.

In allen diesen Fällen zeigte der Speichel saure Reaction. Die Acidität des Speichels kommt zu Stande unter dem Einflusse einer Munderkrankung oder Allgemeinkrankheit, nach Gurgeln von Medicamenten mit saurer Reaction (Wasserstoffsuperoxyd, Chromsäure etc.). Der Acidität des Speichels glaubt G. beim Zustandekommen der Haarzunge eine grosse ätiologische Bedeutung beimessen zu müssen, und ist deshalb nicht einverstanden, dass Papon und Blegvad Wasserstoffsuperoxyd bei der Haarzunge als therapeutisches Mittel empfehlen.

Wie die überwiegende Mehrzahl der Autoren, so ist auch G., gestützt auf eigene mikroskopische Präparate, der Ansicht, dass es sich bei der Haarzunge nicht um eine parasitäre Erkrankung, sondern um eine Hyperkeratose des Epithels der hypertrophischen Papillae filiformes handelt. Für die Schwarzfärbung kann G. keine ganz sichere Erklärung abgeben. OPPIKOFER.

70) **T. L. Gilmer. Ranula.** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. ist zu der Anschauung gelangt, dass die gewöhnliche Ansicht, nach der die Ranula durch Verlegung der Ausführungsgänge der Glandula submaxillaris oder sublingualis bedingt sei, falsch ist. Seine Beobachtungen haben vielmehr in ihm die Ueberzeugung erweckt, dass die Ranula in den meisten Fällen entweder auf einer cystischen Degeneration eines von der Hauptdrüsenmasse getrennten Theils der Sublingualis beruht oder dass es sich um Cysten der Schleimdrüsen am Mundboden handele. Steine in den Drüsen betrachtet er nur als nebensächliches Vorkommniss bei schon bestehenden krankhaften Veränderungen; er hat solche stets nur im Ductus Whartonianus gefunden. Die Aetiologie der sogenannten Mikulicz'schen Krankheit ist unklar. Ferner berichtet Verf. noch über Tuberculose der Gland. sublingualis und führt Fälle davon an. LEFFERTS.

71) **R. Vitto-Massei** (Neapel). **Ein Fall von Hypertrophie der Zuckerkandl'schen Drüse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 727. 1909.*

Der kastaniengrosse Tumor an der Zungenbasis bei einer 17jährigen Patientin enthielt bei der mikroskopischen Untersuchung Schilddrüsengewebe. Die Schilddrüse selbst war normal gebildet. Operation, Heilung. Eine farbige makroskopische Abbildung und drei mikroskopische Bilder. OPPIKOFER.

72) **M. D. Lederman. Fall von paroxysmalem Husten infolge Hypertrophie der Zungentonsille. (Case of paroxysmal cough due to Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New York Polyclinic Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

73) **Kren** (Wien). **Ueber Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 95. 1909.*

Die seltene Mitbetheiligung des Mundes am Process der Sklerodermie wurde in der Klinik von Riehl in 12 Fällen beobachtet und genau studirt, so dass der Verf. ein abgerundetes klinisches Bild zu geben im Stande ist. Daraus sei nur hervorgehoben, dass die Zunge in allen 12 Fällen, die Schleimhaut der übrigen Mundhöhle in fast allen Fällen, am seltensten das Zahnfleisch erkrankt war. Die Sklerodermie kann daher die Schleimhaut der ganzen Mundhöhle befallen und beginnt an der Zunge. Man findet Veränderungen an der Schleimhaut fast in jedem Falle von diffuser Sklerodermie der Gesichtshaut, oftmals als dem Patienten unbekannt gebliebene Erscheinung, während nach den Angaben in der Literatur die Schleimhautlocalisation der Sklerodermie als seltene Erscheinung aufzufassen ist.

SEIFERT.

74) **Pieniazek. Primärer Krebs des Zäpfchens. (Rak pdenoviny -jerzezke.)** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1909.*

Nachdem der Verf. die zugehörige Literatur der neueren Zeit besprochen hat, berichtet er über einen von ihm selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 74jährigen Mann, der 4 Monate, bevor er in das Krankenhaus kam, über einige Beschwerden im Halse klagte. Dazu traten Athemnoth und Schluckbeschwerden, so dass der Kranke zuletzt nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Da er später zwischen den Zähnen etwas Fleischiges herauswachsen sah und dasselbe herausriss, trat eine heftige Blutung ein. Sonst hat der Kranke keine ernstere Krankheiten in seinem Leben durchgemacht. Bei der Untersuchung wurde eine dunkelrothe Geschwulst im Halse entdeckt, die stark durchfurcht und vorn aus dem Zäpfchen herausgewachsen war. Diese Neubildung war nicht fest angewachsen, sondern konnte auch nach vorn gezogen werden, so dass die hinteren Rachenwände frei waren. Aeusserlich wurde eine lymphatische Drüse gefunden, und zwar unter dem Kieferwinkel der unteren rechten Seite. Diese Geschwulst wurde am 20. Februar 1909 von Pieniazek auf operativem Wege entfernt und die mikroskopische Untersuchung ergab eine krebsartige Structur. Krebs des Zäpfchens gehört zu den seltenen Fällen, da in der Literatur nur eine geringe Zahl derartiger Fälle beschrieben ist. A. v. SOKOLOWSKI.

75) **R. B. Greenough. Die Resultate bei Operationen wegen Krebs der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers im Massachusetts General Hospital 1890 bis 1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth, and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Die Statistik umfasst 172 Fälle; von diesen wurden 112 operirt, 50 waren inoperabel und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 (17,8 pCt.) innerhalb der ersten 60 Tage nach der Operation. Carcinom des Mundbodens und der Zunge waren 98, von denen 62 operirt wurden; die Operationssterblichkeit betrug 8 (12,9 pCt.). Von den 58 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 10 (17,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation ohne Recidiv; von den 40, bei denen Recidiv eintrat, war dies bei 38 vor dem Ablauf von 3 Jahren der Fall.

In 40 Fällen handelte es sich um Carcinom des Unterkiefers. Bei den 28 operablen Fällen betrug die Operationsmortalität 10 (35,5pCt.). Bei den 26 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 5 (19,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation frei von Recidiv. Von 14 Oberkiefercarcinomen wurden 10 operirt. In den 9 Fällen mit bekanntem Endergebniss starben alle innerhalb der ersten 3 Jahre. An den unmittelbaren Operationsfolgen starb keiner.

Von 11 Fällen mit Carcinom der Tonsille, des weichen Gaumens oder Rachens wurden 4 Fälle operirt, von denen einer sich noch nach 7 Jahren wohl befand.

LEFFERTS.

76) **v. Frisch** (Wien). **Fremdkörper in der Zunge.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Haselnussgrosser Tumor in der Mitte der Zunge, Sprache und Nahrungsaufnahme nicht gestört. Probeexcision resp. Incision ergab das Vorhandensein eines „Pfeifenmundstückes", welches prompt in 3 Wochen eingeheilt war.

CHIARI-HANSZEL.

d. Diphtherie und Croup.

77) **J. D. Rolleston. Bemerkungen über hämorrhagische Diphtherie. (Notes on hemorrhagic diphtheria.)** *Metropolitan Asylums Board Reports. 1908.*

Unter hämorrhagischer Diphtherie versteht Verf. jene Fälle, in denen ausser anderen schweren Symptomen auch Hauthämorrhagien in einem früheren Stadium der Erkrankung auftraten, mit oder ohne gleichzeitige Blutungen auf den Schleimhäuten.

Von den 1550 Fällen von Diphtherie, die Verf. in den letzten 6 Jahren am Grove Hospital behandelt hat, waren 78 (5,03 pCt.) hämorrhagisch. In 53 Fällen waren die Haut und Schleimhäute, in 25 die Haut allein befallen. Die Fälle betreffen ausschliesslich Kinder. Von den 78 Kindern starben 65 (83,3 pCt.), während die Mortalität bei der Gesammtzahl von 1550 Fällen 8 pCt. betrug. Von 60 pCt. der tödtlich verlaufenden Fälle war Toxaemie die Todesursache. Zu erwähnen ist auch, dass nicht weniger als 87,3pCt. der Fälle Nasendiphtherie hatten.

Alle 78 Fälle wurden zum Theil mit enormen Mengen von Serum behandelt. Obwohl bis zu 72000 I.-E. gegeben wurden, kamen keine dem Serum zuzuschreibenden üblen Folgen zur Beobachtung; die gewöhnlich bei schwerer Diphtherie beobachteten Folgeerscheinungen (Urticaria etc.) waren sogar hier weniger häufig als sonst.

Alle Kinder, die genasen, zeigten ausgedehnte Lähmungserscheinungen. Verf. empfiehlt, neben der Behandlung mit grossen Antitoxingaben Adrenalin zu geben.

FINDER.

78) **Aquilar** (Valencia). **Diphtherie. (Difteria.)** *Revista valenciena de ciencicas medicas. No. 173—185. 1908.*

Sehr ausführliche Beschreibung der Krankheit. Verf. bespricht besonders eingehend das neue von Wassermann nach der Idee, die Koch für sein neues Tuberculin befolgt hat, angefertigte Serum, d. h. intravenöse Injection eines Extracts von Diphtheriebacillen in Kaninchen.

TAPIA.

79) **W. H. Thompson. Ein schwerer mit gangränöser Diphtherie complicirter Scharlach, erfolgreich ohne Medicin behandelt. (A case of severe Scarlatina complicated with gangrenous diphtheria treated successfully without medicine.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juni 1909.*

Fall eines 5jährigen Mädchens, bei dem am 7. Tage der Scharlachbehandlung Diphtherie auftrat. Weitere Complicationen waren: beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung; Pneumonie und Pleuritis auf der linken Seite; andauernde Herzschwäche mit sehr aussetzendem Puls. Das Kind genas völlig. Die Behandlung bestand nur darin, dass alle 2 Stunden mit reichlichen Mengen heissen Wassers gegurgelt wurde.

LEFFERTS.

80) **J. D. Rolleston. Cervical- und Submaxillaradenitis während Reconvalescenz von Diphtherie. (Cervical and submaxillary adenitis in convalescence from diphtheria.)** *The British Journal of Children's diseases'. October 1908.*

Verf. hat bei 9,6 pCt. der in der Reconvalescenz von Diphtherie befindlichen Kinder in einem Stadium, wo keinerlei entzündliche Erscheinungen im Pharynx mehr vorhanden waren, Schwellung der cervicalen und submaxillaren Lymphdrüsen constatirt. Von dieser — vom Verf. so genannten — Spätadenitis ist die Drüsenanschwellung nach Serumgebrauch zu unterscheiden, die viel häufiger als jene ist. Während die Serumadenitis in jedem Alter vorkommt, findet sich die Spätadenitis nur bei kleinen Kindern. Sie ist — im Gegensatz zum Scharlach — nicht von Nephritis oder sonstigen erheblichen Allgemeinstörungen begleitet. Gewöhnlich geht die Adenitis zurück, ohne dass es zur Eiterung kommt. Die Serumadenitis erkennt man daran, dass noch andere Serumerscheinungen vorhanden sind. Bei der Diagnose der Spätadenitis muss eine Tonsillitis, Rückfall von Tonsillitis oder der Beginn eines acuten Exanthems ausgeschlossen werden können. Die Spätadenitis hat keine prognostische Bedeutung.

FINDER.

81) A. Ghiotti. **Die histologischen Veränderungen der Organe beim Croup. (Le alterazioni istologiche degli organi nel croup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche. 1908.*

Die Untersuchungen, die Verf. an den Organen von 10 an Croup gestorbenen Patienten vorgenommen hat, ergaben:

1. Das Vorhandensein der von Oertel und Katzenstein behaupteten und von Baginsky geleugneten hyalinen Degeneration der Gefässwände in der Lunge;
2. die hyaline Degeneration der Lebergefässe und die Hyperplasie ihres Epithels, wie man es bei experimenteller Diphtherie findet;
3. Degeneration der Gefässe und nicht selten Blutergüsse in der Milz;
4. entzündliche Veränderungen besonders in den Nieren, als Nephritis haemorrhagica (Oertel);
5. Endocarditis und Pericarditis.

Diese Veränderungen variiren in Bezug auf Form und Intensität, finden sich aber constant in allen Fällen.

FINDER

82) Rodriguez Vargas (Valladolid). **Kehlkopfintubation beim Kind und Erwachsenen. (Intubación de la laringe en el nino y en el adulto.)** *Valladolid 1908.*

Es handelt sich um eine sehr ausführliche Studie über den Gegenstand; die verschiedenen Instrumente zur Intubation und Decanulirung werden beschrieben und kritisch besprochen. Verf. schildert einen Apparat zur Intubation, den er selbst mit Vorliebe anwendet. Intubation und Tracheotomie werden miteinander verglichen und die Medicationen beider Verfahren gegen einander abgewogen.

TAPIA.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) Bertrand. **Glottisödem und widerspänstiger Spasmus nach Rubeola. (Oedème de la glotte et spasme rébelle postrubéolique.)** *Journal Sc. Méd. Lille. No. 40. 1908.*

Bei einem 8jährigen Kinde traten am 8. Tage einer sehr starken Rubeola plötzlich asphyktische Anfälle auf; es handelte sich um Laryngitis und Oedem. Die sofort vorgenommene Intubation wurde 18 Tage lang beibehalten, aber der Spasmus wich nicht; es musste die Tracheotomie gemacht werden. Erst nach 9 Monaten war das Kind völlig genesen.

A. CARTAZ.

84) T. H. Halsted. **Bericht über einen Fall von wahrscheinlichem persistirenden angioneurotischen Kehlkopfödem. (Report of a case of probable persistent angioneurotic edema of the larynx and soft palate.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

An Uvula, weichem Gaumen und Larynx besteht eine blasse, ödematöse Infiltration, die bereits seit einem Jahre unverändert ist. Die Athmung war selten beeinträchtigt, acute dyspnoische Anfälle traten nicht auf. Während des Jahres traten 5 oder 6mal Erscheinungen im Gesicht auf, die von dem behandelnden Arzt zuerst für Erysipel gehalten wurden. Während der Zustand von Pharynx und Larynx unverändert geblieben ist, spielen sich die activen Erscheinungen jetzt hauptsächlich auf der Haut ab.

EMIL MAYER.

85) **Karl Kofler** (Wien). **Ein Fall von Oedem im Larynx nach Jodkaligebrauch.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Ein 37jähriger Patient nahm 3 g Jodkali auf einmal und zeigte nach wenigen Stunden die Erscheinungen einer acuten Intoxication im Gebiete der oberen Luftwege. Die Krankengeschichte ist in extenso berichtet und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur epikritisch erörtert. HECHT.

86) **F. Adzuma. Ein Sectionsfall von Oedema glottidis acuta.** *Osaka-igakukwaizasshi. Bd. VII. Heft 5. 1908.*

Das Sectionsmaterial ist das eines 3jährigen an Pocken gestorbenen Kindes. INO KUBO.

87) **E. Périnet. Einstäubung von Adrenalin-Cocain bei Larynxödem. (Des pulvérisations d'Adrénaline-Cocaïne dans les oedèmes du larynx.)** *Dissert. Paris 1908.*

Bei den verschiedenen Arten von Larynxödem lässt sich manchmal die Tracheotomie noch umgehen, wenn mehrmals täglich ein graduirter Sprayapparat mit abgebogener Canüle zur Anwendung kommt, der 1 proc. Cocain und Adrenalin (1 : 1000) zu gleichen Theilen enthält. OPPIKOFER.

88) **Alfred Villa. Pathogenese der acuten Kehlkopfstenose bei Masern. (Pathogenesis of acute Larynxstenosis in measles.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1908.*

Verf. berichtet über eine Masernepidemie, während deren zahlreiche Fälle von acuter Larynxstenose nebst einigen Todesfällen vorkamen. Die Epidemie nahm während 6 Monaten zu. In drei verschiedenen Perioden der Erkrankung wurden die Kehlkopfstenosen beobachtet: Im Anfang, während der Eruption und in der Reconvalescenz. Verf. meint, die Stenose werde bedingt durch ein Exanthem der Glottis, und zwar handele es sich um eine blosse Complication der Erkrankung und keine Mischinfection. Tritt die Stenose spät auf, so handelt es sich um eine wiederkehrende Eruption, wenn nicht um eine Neuinfection.

Die Gesammtzahl der beobachteten Fälle betrug 246; bei 45 wurde die Kehlkopfcomplication beobachtet. Von diesen kamen 32 vor oder während des äusseren Exanthems vor und 13, nachdem dieses schon vorüber war. Der Verf. beschreibt 2 sehr schwere Fälle; der eine von ihnen verlief tödtlich und die Autopsie zeigte das Vorhandensein von Membranen im Larynx. Die Membranen enthielten keine Löffler'schen Bacillen, sondern nur den Staphylococcus albus. LEFFERTS.

89) **T. H. Baley. Ausgesprochene Kehlkopfstenose während des Verlaufes von Masern. (Marked laryngeal stenosis during the course of measles.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Fall von Masern mit Heiserkeit und rasch zunehmender Dyspnoe. Es handelte sich um spastische Laryngitis. Der Fall verlief günstig. Als hauptsächlichste differentialdiagnostische Momente gegenüber dem Croup giebt Verf. folgende an: Bei spastischer Laryngitis ist die Dyspnoe hauptsächlich eine inspiratorische, während sie bei der Diphtherie exspiratorisch ist; bei jenen ist die

Stimme zwar erheblich alterirt, es besteht aber nicht, wie bei dieser, Aphonie; ferner spricht für spastische Laryngitis das plötzliche Eintreten — meist bei Nacht — der Athembeschwerden; bei Diphtherie ist auch stets der untere Abschnitt des Pharynx hochgradig geröthet. LEFFERTS.

90) **John Rogers. Die Behandlung chronischer Stenose des Kehlkopfes und der Trachea. (The treatment of chronic stenosis of the larynx and trachea.)** *American Journal of Medical Sciences. April 1908.*

In 18 Fällen von 23 wurde — mit zwei Ausnahmen — vollkommenes Resultat erzielt. Es handelte sich um Neubildungen — hauptsächlich Papillome —, Narben entzündlichen, traumatischen oder operativen Ursprungs, subglottische Hypertrophie, Abductorlähmung, Fälle von Canulards. Verf. hat besondere Tuben angegeben. Der Hals der Tube soll so dick wie möglich sein, um genügenden Druck auf das hypertrophische intralaryngeale Gewebe auszuüben, sein transversaler Durchmesser muss aber $^1/_4$ cm dünner sein, als der Körper, damit die Tube nicht ausgehustet wird. Der Kopf der Tube muss $^1/_2$ cm mehr im Durchmesser haben, als der Körper, um zu verhüten, dass die Tube in den Kehlkopf gleitet.

Bei Papillomen, bei denen die äussere Operation vorgenommen ist, wird nach Ausräumung des Kehlkopfes eine grosse cylindrische Tube eingesetzt und die Wunde geschlossen. Der Druck der Tube verhindert Blutungen und es besteht keine Gefahr des Oedems. EMIL MAYER.

91) **N. Melzi** und **A. Cagnola. Ueber vier Fälle von chronischer laryngotrachealer Stenose, geheilt mittels Laryngo-Tracheotomie. (Sopra 4 casi di stenosi croniche laringo-tracheali gueriti colla laringo-tracheotomia.)** *Gazz. degli osped. e delle clin. No. 74. 1908.*

Verff. reclamiren für das von ihnen geübte Verfahren die Priorität. Das Verfahren besteht darin, dass der stenosirte Theil des Kehlkopfs und der Trachea freigelegt und alles Narbengewebe entfernt wird, bis das Lumen wieder hergestellt ist. Von allen Methoden sei dies die einzige, die definitive Resultate giebt; sie ist auch in den schwersten und bisher für unheilbar geltenden Fällen mit Erfolg anwendbar. Bericht über 4 Fälle. FINDER.

92) **L. Beco** (Lüttich). **Laryngo-tracheostomie und Laryngotrachealpapillome. (Laryngo-trachéostomie et papillomes laryngo-trachéaux.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 7. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-largngologischen Gesellschaft im Juni 1908. PARMENTIER.

93) **Sargnon** und **Vignard. Parallele zwischen der inneren Caoutschoucdilatation und der Laryngostomie. (Parallèle entre la dilatation caoutchoutée interne et la laryngostomie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologlischen Gesellschaft im Juni 1908; vergl. den diesbezüglichen Bericht. PARMENTIER.

94) **Labarre. Laryngostomie wegen absoluter Laryngotrachealverlagerung. (Laryngostomie pour oblitération absolue laryngo-trachéale.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer. PARMENTIER.

95) **V. Delsaux** (Brüssel). **Laryngostomie wegen subglottischer Verengerung bei einem erwachsenen Canülenträger seit über 2 Jahren. (Laryngostomie pour rétrécissement sous-glottique chez un adulte, canulard depuis plus de deux ans.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der Jahresversammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer.

PARMENTIER.

96) **Fallas. Ein Fall von Laryngostomie. (Un cas de laryngostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 37. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant vom 26. Juli 1908 stellt F. im Namen Jauquet's einen Knaben vor, an welchem dieser die Laryngostomie vorgenommen hatte; vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-rhinologischen Gesellschaft vom 27. Juni 1908 in Brüssel.

BAYER.

97) **Cheval. Laryngotracheostomie. (Laryngo-trachéostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 43. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler vom 10. October 1908 stellt Ch. ein canületragendes Kind vor, welches jedesmal zu ersticken drohte, wenn man die Canüle zu entfernen suchte. Eine gestielte Fungosität hatte sich im Niveau der Mündung des Instruments gebildet, die jedesmal, wenn man das Instrument zu entfernen suchte, das Lumen der Trachea verlegte und so Erstickungsanfälle hervorrief. Ch. nahm die Laryngotracheostomie vor, entfernte die Neubildung und liess die Operationswunde weit offen stehen. Dem Kinde geht es gut und wird man bald die Plastik vornehmen können. BAYER.

98) **J. Baratoux. Laryngostomie. (Larygostomy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Die Unzuträglichkeiten des Verfahrens sind nach dem Verf.: die Möglichkeit von Bronchial- und Lungencomplicationen während der ersten paar Tage, Verschiebung und Verstopfung des Drains, die Neubildung von Gewebe, der Verlust des Timbre in der Stimme, die kaum ein Flüstern zulässt; demgegenüber steht, dass die Laryngostomie sehr viel nützt bei einer grossen Zahl von hartnäckigen Fällen von Larynxstenosen, sowie bei Larynxtuberculose, bei der energische Behandlung nothwendig ist, endolaryngeale Eingriffe aber nicht vertragen werden, ferner bei recidirenden Larynxpapillomen, sowie bei malignen Tumoren, was Grossmann betont hat.

Die Operation erfordert eine lange und mühselige Nachbehandlung, was aber durch die ausgezeichneten Erfolge compensirt wird. EMIL MAYER.

99) **R. Barlatier. Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfverengerungen. (La Laryngostomie dans le traitement des rétrécissements du larynx.)** *Dissert. Macon 1908.*

Verf. giebt vorerst einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Kehlkopfverengerung und beschreibt dann eingehend die Laryngostomie. Diese Methode liefert gute Resultate; nur muss die Dilatation mit den Caoutschukdrains während einer Reihe von Monaten fortgesetzt werden. B. stützt seine Erfahrungen auf 12 Fälle, die durch seinen Lehrer Sargnon operirt wurden. 11 dieser 12 Fälle sind bereits in einer früheren Arbeit von Rabot, Sargnon und Barlatier veröffentlicht. Das Referat dieser letzteren Arbeit findet sich im Centralblatt für Laryngologie 1908, S. 554.

OPPIKOFER.

100) **Sieur. Zwei Fälle von Kehlkopfstenose mittels Laryngostomie behandelt. (Deux cas de sténose laryngée traités par laryngostomie.)** *Académie de médecine Paris. 13. April 1909.*

Bei dem einen Fall handelte es sich um eine Stenose infolge eines Pferdebisses, in dem anderen um eine solche nach Laryngotyphus. In beiden Fällen war es nicht möglich, die Tracheotomiecanüle zu entfernen. Verf. machte in beiden Fällen die Laryngostomie und dilatirte allmählich mit Caoutschukmandrins.

In dem einem Fall führte die Dilatation in 14 Tagen zum Ziel und die Laryngotrachealwunde konnte geschlossen werden; in dem anderen erforderte die Dilatation mehr als ein Jahr Zeit.

A. CARTAZ.

101) **Lavrand. Das Fibrolysin bei den Verengerungen des Kehlkopfs. (La fibrolysine dans les rétrécissements du larynx.)** *Société de sciences méd. de Lille. 16. December 1908.*

Verf. hat bei einem 14jährigen Mädchen Fibrolysininjectionen angewandt. Bei der Patientin hatten syphilitische Gummata zu ausgedehnten Geschwüren im Pharynx und zur Zerstörung von Gaumensegel und Epiglottis geführt. Unter specifischer Behandlung gingen diese Veränderungen zurück; es blieb aber eine subglottische Verengerung bestehen, die schliesslich die Tracheotomie nothwendig machte. Es wurden Fibrolysininjectionen gemacht, um die Gewebe zu erweichen und die Dilatation des Larynx zu ermöglichen; diese hatte ein gutes Resultat.

A. CARTAZ.

102) **A. Kovács** (Budapest.) **Nach Kehlkopfstenose entstandener Fall von Lungentuberculose.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1909.*

Nach Kalilauge-Vergiftung, welche eine derartige Stenose der Speiseröhre verursachte, dass nach 3 Wochen Anlegung einer Magenfistel nothwendig wurde, trat auch bedeutende Stenose des Kehlkopfes auf, welche aber keine Tracheotomie erforderte; später haben sich dann noch Symptome von Lungentuberculose gezeigt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

103) **A. Iwanow. Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfes. (Laringostomia pri perichondrite gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 73. 1909.*

Verf. hat 8 Fälle von perichondritischer Verengerung mit Laryngostomie be-

handelt. Dabei stellte es sich heraus, dass das Gewebe bei perichondritischer Erkrankung durch das Einlegen von Caoutschukröhren nicht einschmilzt. Es muss zunächst ausgeschnitten werden. Die ausgeschnittenen Gewebsstücke sollen keilförmig sein. Als Erweiterungsmittel benutzt I. Gummiröhren, die mit Marly befestigt werden. Zur Plastik wurde in einem Falle Nasenseptumknorpel verwandt. Mit der Laryngostomie soll nicht gewartet werden, wie Sargnon und Barlatier rathen, bis die Entzündungserscheinungen schwinden, sondern möglichst frühzeitig zugegriffen werden.

Bei 4 Fällen ist die natürliche Athmung hergestellt, 3 Fälle sind noch in Behandlung. Ein Patient starb. Die Behandlung ist eine mühsame und langwierige, sie dauert bis zu einem Jahre und darüber. P. HELLAT.

104) **A. Primavera. Acute Miliartuberculose nach Kehlkopfintubation. (Acute miliary tuberculosis following intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen acute allgemeine Miliartuberculose nach Intubation und wiederholter Reintubation auftrat. In beiden Fällen bestanden sehr vorgeschrittene tuberculöse Veränderungen im Kehlkopf, die aller Wahrscheinlichkeit nach vor dem Process begonnen hatten, der die Intubation nothwendig machte. Eine acute allgemeine Miliartuberculose begann sehr bald nach der Intubation, und zwar fasst Verf. den Zusammenhang so auf, dass der durch die Tube gesetzte Traumatismus den tuberculösen Process verallgemeinert habe.

LEFFERTS.

105) **Hougardy. Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *La Gazette méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft in Lüttich vom Februar 1908 sprach H. über die Intubation. Nichts Neues. BAYER.

106) **D. Bryson Delavan. Chronische Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. (Chronic stenosis of the larynx cured by dilatation.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Patientin, eine 35jährige Frau, litt an acuter Laryngitis mit Erosionen an den Stimmbändern. Allmählich verengte sich der Larynx, bis der Zustand derart ernst wurde, dass sie eiligst in das Hospital gebracht werden musste, wo die Tracheotomie gemacht wurde. Der Schnitt war nicht in der Mittellinie gemacht worden. Die Canüle konnte nicht entfernt werden und es wurde eine O'Dwyer-Tube, modificirt von John Rogers, eingelegt. Jedesmal jedoch, wenn diese Tube entfernt wurde, trat heftige Dyspnoe auf. Nach einem Jahr wurden die Verwachsungen mittels des Gleitsmann'schen schneidenden Dilatators getrennt. Nach vier Jahren konnte die Tube permanent entfernt werden. EMIL MAYER.

107) **Pospischill** (Wien). **Ueber die Anwendung einer brauchbaren Tamponcanüle beim laryngostenotischen infectionskranken Kinde.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1908.*

Princip der Trendelenburg'schen Canüle mit innerer Canüle, der **zum**

Tampon bestimmte Gummiballon aus Condomgummi ist nicht soweit hinaufmontirt. Nach jedem Gebrauch wird die Canüle abmontirt, sterilisirt und neu mit Tampon und Controlballon armirt. Diese Canüle bewährte sich besonders hinsichtlich der Ernährung.

HANSZEL.

108) **Nowotny. Ueber die Broncheskopie als Heilmethode bei Bronchialstenose. (Broncheskopia i leczenie no ty drodre Dychawicy oskrzelowy.)** *Przegląd Lekarski. No. 24 u. 25. 1909.*

Verf. erinnert, dass Pieniazek der erste war, der die Bronchoskopie bei Asthma bronchiale anwendete; dann beschreibt Verf. noch einen Fall von Hermann Schrötter. Bis jetzt wurde vom Verf. in 8 Fällen von schwerer Athemnoth, die nach dem klinischen Verlaufe als Asthma bronchiale diagnosticirt wurde, die Bronchoskopie, in manchen Fällen sogar einige Male angewendet. Auf Grund der 8 beobachteten Fälle und einiger aus der Literatur (Trétrôp und Galewsky) kommt Verf. zu folgendem Schlusse: In 7 Fällen war das Resultat nach der Anwendung der Bronchoskopie positiv, in einem, bei dem wahrscheinlich die Athemnoth nicht bronchialen Ursprungs war, negativ. In den 7 Fällen war die Verbesserung des subjectiven wie auch objectiven Zustandes (weniger Auswurf, Verschwinden der bronchialen Geräusche) nicht in allen gleichmässig, auch nicht constant. In einem Falle kehrten die asthmatischen Anfälle seit der Anwendung der Bronchoskopie seit 2 Jahren nicht zurück. In allen Fällen applicirte Verf. nebenbei grosse Mengen von Cocain und Adrenalin. Bei der Anwendung der Bronchoskopie als Heilmethode des Asthma bronchiale wirken nach Ansicht des Verf.'s zwei Factoren: 1. Application von Cocain und Adrenalin, die den ödematösen Zustand der Schleimhaut der Trachea und Bronchien vermindern; 2. die Einführung des Bronchoskops, welches Verfahren den reichlichen Auswurf aus den Bronchien befördert. Am sichersten wirkt nach Verf.'s Ansicht die Bronchoskopie in Fällen von sog. chronischem Asthma bronchiale, wo neben dem ödematösen Zustande der Schleimhaut in den Bronchien grosse Mengen von schleimigem und klebrigem Auswurf stagniren, welche manchmal, wie Verf. beobachten konnte, das Lumen einzelner Bronchien verstopfen.

Diese Beobachtungen führen den Verf. zu folgender Erklärung des Asthma bronchiale: Asthma bronchiale ist ein nervöses, reflectorisches Leiden; das Auftreten der asthmatischen Anfälle hat einen Zusammenhang mit krankhafter Erregung des nervösen Centrums im Sinne einer Prädisposition, unter Einfluss verschiedener Factoren, die auf verschiedene peripherische Stellen wirken, auf angioneurotischem Wege tritt plötzlich Hyperämie, Oedem und Exsudat in der Schleimhaut der Bronchien auf. Der chronische asthmatische Zustand wird durch den chronischen bronchialen Katarrh bedingt, welcher manchmal als primitives Leiden angesehen werden muss.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

109) **S. P. Beebe. Einige Verhältnisse der Schilddrüse. (Some relations of the thyroid gland.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Verf. bekennt sich als ein Gegner der chirurgischen Behandlung und als

enragirter Anhänger der Serumtherapie, die seiner Ansicht nach mehr leistet, als alle anderen Behandlungsmethoden.

EMIL MAYER.

110) **J. M. Wainwright. Persönliche Erfahrungen in der Chirurgie des einfachen Kropfes. (Personal experience in the surgery of simple types of goitre.)** *Pennsylvania Medical Journal. December 1908. Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, von denen 13 Frauen betrafen. Alle Patienten waren in Wales geboren oder stammten von dort geborenen Personen ab. Bei 17 trat plötzliche Heilung ein, einer starb an Recidiv einer bösartigen Struma. In allen Fällen wurde prima intentio erreicht; jedoch fieberten die meisten 4 bis 5 Tage nach der Operation.

EMIL MAYER.

111) **E. D. Martin. Die chirurgische Behandlung der malignen Struma. (The surgical treatment of malignant goitre.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Der Erfolg der Behandlung hängt von frühzeitiger Diagnose ab. Diese kann aber in sehr vielen Fällen nicht mit Sicherheit gestellt werden und erst die nachträgliche mikroskopische Untersuchung des entfernten Schilddrüsentumors ergiebt, warum es sich handelt. Schlimmstenfalls hat man dann aber einen nicht bösartigen Kropf entfernt.

Die maligne Struma kommt meist im höheren Lebensalter vor, auch ergiebt die Anamnese, dass in den meisten Fällen bereits vorher ein Kropf vorhanden gewesen war. Maligne Struma findet sich häufiger bei Frauen.

EMIL MAYER.

112) **W. H. Thomson. Morbus Basedow und seine Behandlung. (Exophthalmic goitre and its treatment.)** *American Journal Medical Sciences. März 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Krankheit von einem specifischen Gift herrührt, das mit dem Blutstrom überallhin geführt wird, ohne die Gewebe zu verändern, ausser indirect durch die Ernährungsstörung. Die Natur dieses Giftes ist bisher noch völlig unbekannt. Verf. discutirt über die Theorien, nach denen die Krankheit auf einer Hypersecretion der Schilddrüse oder Nebenschilddrüsen beruhen soll. Er sagt, es könne über die Wirksamkeit des Serums von Beebe und Rogers in manchen Fällen kein Zweifel bestehen; wie dies zu erklären sei, sei aber eine andere Sache. Am schwierigsten für die Behandlung sind die Fälle ohne Kropf. Die besten Resultate giebt nach seinen Erfahrungen in schweren Fällen eine geeignete medicamentöse Behandlung. Wenig Aussichten bieten nur die Fälle, wo unstillbares Erbrechen und Diarrhoe den Patienten bereits sehr geschwächt haben.

Körperliche und geistige Ruhe und Diät (völliges Enthalten von Fleisch, Austern, Hummer; sehr wenig Geflügel, ein Ei am Tage). Vegetarische Kost und gegohrene oder auch peptonisirte, aber nicht rohe Milch sind am besten. Spinat und Spargel, Bohnen und Erbsen sind verboten. Früchte, ausser rohen Aepfeln und Stachelbeeren, sind zuträglich. Zu Beginn jeder Mahlzeit werden 2 g Natr. phosphor. und einmal in der Woche ein mercurielles Laxativum gegeben; auch

Natr. benzoic. (0,65 g) eine Stunde nach jeder Mahlzeit. Zur Nacht 0,19 g Naphthalen und 0,65 Natr. benzoic. in einer Kapsel. EMIL MAYER.

113) **J. C. Price. Die Anwendung der X-Strahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The use of the x-ray in the treatment of ophthalmic goitre.)** *Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. setzt die Vorzüge der Röntgenstrahlenbehandlung auseinander, zu der sich die Patienten viel eher als zu einer Operation entschliessen, so dass man sie also behandeln kann, bevor ihr Allgemeinzustand sehr geschädigt ist.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

114) **J. P. Griffith** und **R. S. Lavenson. Angeborene Missbildung des Oesophagus nebst Mittheilung eines Falles. (Congenital malformation of the oesophagus with the report of a case.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Nach Aufzählung der an der Speiseröhre beobachteten angeborenen Missbildungen theilt Verf. einen Fall von angeborener Atresie mit Tracheo-Oesophagealfistel mit. Das Kind starb am 9. Tage. Beim Versuch, es zu füttern, erfolgten Hustenanfälle mit Cyanose.

Die Autopsie zeigte eine Dilatation des pharyngealen Abschnitts des Oesophagus bis 4 cm unterhalb des Niveau des oberen Randes des Larynx, wo sie plötzlich aufhört. Der untere Theil des Oesophagus war normal vom Magen aufwärts, bis kurz vor dem Ende des oberen Abschnitts, woselbst das Lumen plötzlich sich verengte und eine schlitzartige Oeffnung sich befand, die in die Trachea führte.

Verf. hält die von Shattock gegebene Erklärung für das Zustandekommen dieser Missbildungen für die befriedigendste. EMIL MAYER.

115) **Lindemann. Beitrag zur Pathologie der Oesophagusschleimhaut.** *Virchow's Archiv. 1. August 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Theorien, die aufgestellt wurden, um das Vorkommen von Inseln gastrischer Schleimhaut inmitten der Oesophagusschleimhaut zu erklären. Seine Ansicht ist, dass es sich um einen Vorgang handelt, ähnlich dem, der bei der Erosion am cardialen Ende des Oesophagus sich abspielt, nämlich um Abstossung der oberen Lagen des Pflasterepithels infolge der durch die Secrete bedingten Maceration. FINDER.

116) **Destot** (Lyon). **Ectasie der Speiseröhre. (Ectasie oesophagienne.)** *Lyon Médical. Soc. de chirurgie. 6. Juni 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle von Ectasie des Oesophagus oberhalb eines spastischen Ringes mit; aus der Anamnese war nichts zu eruiren, ausser dass die Patienten Influenza gehabt hatten. Er macht darauf aufmerksam, dass in diesen Fällen die Oesophagoskopie leicht zu Irrthümern führt. GONTIER de la ROCHE.

117) **H. S. Plummer. Divertikel des Oesophagus nebst Bericht über 6 Fälle. (Diverticula of the osophagus with a report of six cases.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association. 5. Juni 1909.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Untersuchungsmethoden; er lässt, um das Vorhandensein eines Divertivels zu constatiren, grosse Mengen Seidenfäden hinunterschlucken. Er theilt 6 Fälle mit, von denen 4 durch Chas. Mayo mittels Excision des Sackes operirt wurden. Nach der Operation verschwanden alle Symptome.

EMIL MAYER.

118) **Guisez** (Paris). **Narbenstenosen des Oesophagus nach Ulcus rotundum. Neue Fälle von schwerem Cardiospasmus. Oesophagoskopische Diagnose und Behandlung. (Sténoses cicatriciellos de l'oesophage consécutive à l'ulcère rond. Nouveaux cas do cardiospasmo à forme grave. Diagnostic et traitement oesophagoscopique.)** *Soc. Médicale des hôpitaux. 21. Mai 1909.*

Mittheilung einfacher Beobachtungen.

GONTIER de la ROCHE.

119) **Rouvillois** (Paris). **Verengerung des Speiseröhrenmundes und Rachendivertikel. (Retrécissement de la bouche de l'oesophage et diverticule du pharynx.)** *Sociéte de chirurgie. 19. Mai 1909.*

23jähriger Mann, der im Alter von 13 Jahren eine Laugenverätzung der Speiseröhre erlitten hatte. Wenn Patient isst, so bleibt der Bissen stecken und bildet in der Höhe des unteren Theils der rechten Regio sterno-mastoidea eine erhebliche Anschwellung. Nach einem Augenblick Würgens, von deutlichen Geräuschen begleitet, gleitet der Bissen in den Magen hinab.

Es handelt sich um eine Ausbuchtung des Pharynx in Höhe des Speiseröhrenmundes. Verf. begnügt sich mit allmählicher Dilatation.

GONTIER de la ROCHE.

120) **Gebarski. Ueber die Anwendung des Fibrolysin bei Oesophagusstenose. (O stosowaniu fibrolizyny w przypadku wezenia przelyku po oparzniu lugiem.)** *Przeglad Lekarski. No. 26. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, bei welchem eine totale Stenose des Oesophagus, durch Verbrennung mit Kalilauge bedingt, einige Zeit mit Sondirung vergeblich behandelt wurde. Da trotz systematischer Einführung verschiedener Bougies die Stenose in demselben Zustande blieb, wendete Verf. Einspritzungen von Fibrolysin an. Nach einigen Tagen (20 Einspritzungen) konnte Verf. ziemlich dicke Bougies (No. 29) einführen und der Kranke fing an, auch feste Speisen zu sich zu nehmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Samuel S. Adams. Ein Fall von spastischer Strictur der Speiseröhre. (A case of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Anfälle von spastischen Contracturen des Oesophagus bei einem Kinde. Die Autopsie ergab nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

122) **Bouchut** und **Gignoux** (Lyon). **Krebs der Speiseröhre, übergreifend auf die Wirbelsäule und eine plötzliche Lähmung hervorrufend. (Cancer de l'oesophage propagé à la colonne vertébrale et déterminant une paraplégie brusque.)** *Société nationale de médecine de Lyon. 10. Mai 1909.*

Auffallend ist, dass der Krebs keinerlei Stenoseerscheinungen mit sich brachte.

GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Moritz Schmidt — Edmund Meyer: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Springer. Berlin 1909.

Im Vorwort zu der neuen Auflage berichtet Ed. Meyer, dass er sich nur mit schwerem Herzen entschlossen habe, die Bearbeitung des Moritz Schmidt'schen Lehrbuches zu übernehmen, weil es ihm von vorneherein klar war, dass die Schwierigkeiten dieser Aufgabe „schier unüberwindliche“ seien. Denn dieses Buch „spiegelt so sehr die Persönlichkeit seines Verfassers wieder, und ist von einem so persönlichen Standpunkte aus geschrieben, dass es für einen anderen kaum möglich erschien, es in einer neuen Auflage herauszugeben“. Aber diese Aufgabe war nicht nur, wie der neue Herausgeber mit Recht betont, sehr schwierig, sie war auch — der Referent darf ja aussprechen, was der Herausgeber aus leicht begreiflichen Gründen verschweigt — recht undankbar. Denn bei einem Werke, bei dem das Beste, das, was uns allen lieb und werth ist, die persönliche Note des Verfassers ist, da muss der Bearbeiter sich an allen Ecken und Enden Zurückhaltung auferlegen, damit er nicht durch den eigenen Ton den seines Auftraggebers gefährdet. Das erfordert aber viel Tact, und darüber hinaus noch einen Grad von Selbstentäusserung, welcher einem Manne, der in mehr als 20jähriger wissenschaftlicher Arbeit und practischer Bethätigung zu einer eigenen Persönlichkeit geworden ist, nicht immer leicht sein dürfte. Wenn sich Ed. Meyer trotzdem, im vollen Bewusstsein der zu überwindenden Schwierigkeiten, entschlossen hat, dem ehrenvollen und dringenden Wunsch des verehrten Mannes nachzugeben, so gebührt ihm dafür der Dank aller Fachgenossen.

Die ursprüngliche Eintheilung des Lehrbuches ist auch in der neuen Auflage auf besonderen Wunsch von Moritz Schmidt beibehalten worden. Man kann diesen Wunsch wohl verstehen, denn für ein Lehrbuch „der oberen Luftwege“ ist es nur logisch, die „oberen Luftwege“ als ein einheitliches Ganzes auch einheitlich zu behandeln. Aber so richtig dieser Gedanke an und für sich ist, bei seiner Uebertragung in die Praxis ist es Moritz Schmidt nicht immer gelungen, der übergrossen Fülle des Materials Herr zu werden und das Besondere im Einheitlichen organisch zu meistern. Ed. Meyer hat es sich angelegen sein lassen, durch eine bessere Zerlegung und Gliederung der einzelnen Abschnitte das Ganze übersichtlicher und handlicher zu gestalten, und trotz verschiedener ganz neuer Capitel den Gesammtumfang des Werkes sogar ein wenig zu verringern.

Die Anatomie, Physiologie und Entwickelungsgeschichte sind klar und präcis geschildert. Sie bringen alles, was zu einer gründlichen Kenntniss der einschlä-

gigen Materie nothwendig ist, ohne sich in Einzelheiten zu verlieren. Nur für die Gegend des Hiatus semilunaris, von der die Neulinge in unserer Kunst erfahrungsgemäss nur schwer eine Vorstellung gewinnen können, würde mir eine noch eingehendere Beschreibung, unterstützt durch eine halbschematische Zeichnung, wünschenswerth erscheinen. Von den diesen Abschnitten beigegebenen Abbildungen sind die meisten ganz vortrefflich und sehr instructiv, einzelne von ihnen aber, und auch manche von den späteren Illustrationen, so das mikroskopische Bild der Tonsille, die Rachenwand nach Luschka und ebenso die farbigen Abbildungen, welche gewisse Krankheitszustände illustriren sollen, und die Röntgenbilder lassen doch mancherlei zu wünschen übrig. Es liegt das sicher nicht an den gewählten Präparaten, sondern an einem mangelhaften Reproductionsverfahren.

Die allgemeine Symptomatologie, ebenso die Abschnitte, welche die jüngsten Errungenschaften unserer Disciplin behandeln: die Radiographie, die Bronchoskopie, später die Besprechung der ophthalmo- und cutanen Tuberculinproben, der Opsonin-Lehre, der Serodiagnose bei der Syphilis sind neu und vortrefflich gelungen. Es ist wohl zu verstehen und dankbar zu begrüssen, dass gerade jetzt, wo viele von diesen Fragen noch in Fluss sind, der Herausgeber ihrer Besprechung etwas mehr Platz gewährt hat, als ihnen sonst in einem Special-Lehrbuch zukommen würde. Es kann aber für den Leser nur angenehm sein, über all' diese Controversen ein aus so reicher Erfahrung abstrahirtes und mit wohlthuender Objectivität begründetes Urtheil zu vernehmen, das jede neue Methode und jede neue Theorie an den ihr gebührenden Platz verweist.

Bei der Besprechung der Pachydermie habe ich einige Einwürfe zu machen. Ich weiss nicht recht, was der Herausgeber unter „stets typischer Anordnung der Epithelzapfen“ versteht. Die Zapfen laufen bei der Pachydermie ganz kraus und unregelmässig durcheinander, genau so unregelmässig wie beim Carcinom. Der einzige Unterschied, den wir bis jetzt zwischen den histologischen Bildern des Carcinoms und denen der Pachydermie nachweisen können, besteht, abgesehen von den karyokinetischen Figuren der Kerne, darin, dass die Epithelzapfen bei der Pachydermie im Gegensatz zum Carcinom immer mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen, das kann man aber doch nicht als „typisch“ bezeichnen. Dass die Dellen in den schalenförmigen Wülsten am Processus vocalis immer durch den Druck von der gegenüberliegenden Seite veranlasst werden, muss ich bestreiten, da ich eine typische tiefe Delle an einem Stimmband beschrieben und demonstrirt habe, die so hoch über dem anderen Stimmband lag, dass dieses beim Glottisschluss gar nicht bis an das kranke Stimmband heranreichte. Hier kann also von einem Druck der anderen Seite keine Rede sein.

Bei der Besprechung der Angina rheumatica würde es zweifellos interessiren, zu erfahren, wie sich der Herausgeber den Zusammenhang zwischen der Angina und der rheumatischen Erkrankung vorstellt. Bei der Therapie der Angina empfiehlt er die innerliche Verabreichung einer 2proc. Kalichloricumlösung. Referent ist hiervon ganz zurückgekommen, nachdem er einen Collegen durch ungeschicktes Gurgeln mit einer selbstverordneten Lösung elendiglich an einer Kalichloricumvergiftung hat zu Grunde gehen sehen, und an die specifische Wirkung dieses Medicamentes bei anginösem Processe glaubt wohl heut ohnehin kaum noch

ein Arzt. Bei der Therapie der adenoiden Vegetationen vermisse ich einen Hinweis auf die Bedeutung der Athemgymnastik und die Correctur des Gaumens.

Die Nebenhöhlenerkrankungen sind sehr eingehend und den modernen Anschauungen gemäss dargestellt, hier wie bei der musterhaften Darstellung der tuberculösen Erkrankung der oberen Luftwege berührt die kritische Zurückhaltung des Verfassers, die den chirurgischen Uebereifer einzelner Operationsfanatiker auf das rechte Maass zurückführt, überaus wohlthuend. Bezüglich der Localbehandlung der Lues steht Referent auf einem anderen Standpunkt als der Herausgeber; bei ganz leichten Fällen, bei denen die Gefahr von Verwachsungen oder tiefgreifenden Zerstörungen ausgeschlossen ist, genügt ja gewiss die Allgemeinbehandlung. Bei allen tieferen Ulcerationen aber und bei drohenden Perforationen des Gaumens, der Nasenscheidewand etc. habe ich stets neben der Allgemeinbehandlung die von mir in die Syphilistherapie eingeführten Chromsäure-Aetzungen vorgenommen, um durch eine möglichst beschleunigte Heilung Verwachsungen und bleibende Durchlöcherungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bei der Besprechung der selteneren Kehlkopferkrankungen, wie sie bei Pemphigus, Malleus, Sklerom, Leukämie u. s. w. beobachtet werden, kommt dem Herausgeber seine grosse Erfahrung aufs beste zu statten. Wie er sich das Verhältniss des Erysipels zu der acuten infectiösen Phlegmone vorstellt, ist mir aus seiner Darstellung nicht ganz klar geworden. Er scheint mir durch meine Arbeiten, durch welche ich die Zusammengehörigkeit dieser Affectionen nachzuweisen versuchte, nicht ganz überzeugt worden zu sein. Die schwierigen Capitel über die gutartigen und bösartigen Neubildungen, über die Nervenlehre des Kehlkopfes und die Reflexneurosen sind ausserordentlich klar und übersichtlich; sie legen von dem grossen Fleiss des Herausgebers, der die Riesenliteratur über diese Fragen mit grossem Eifer durchgearbeitet hat, ebenso wie von seiner eigenen reichen Erfahrung beredtes Zeugniss ab.

Von den Lehrbüchern der medicinischen Literatur, selbst von den allerbesten, welche die dankbare Anerkennung der Berufsgenossen als „klassisch“ bezeichnet hat, ist nur sehr wenigen die Bearbeitung durch einen neuen Herausgeber gut bekommen. Die meisten haben, auch wenn die technisch-äusseren Vorzüge, Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit, Klarheit der Sprache u. s. w., bei ihrer Modernisirung erhalten geblieben sind, doch an dem Punkte, der das Wesentliche bei jeder wissenschaftlichen und künstlerischen Bethätigung bildet, mehr oder weniger Einbusse gelitten: es war nicht mehr die Individualität des Autors allein, welche den Stoff belebte, ihm Form und Inhalt gab. So entsprachen derartige Lehrbücher nach ihrer Bearbeitung zwar oft mehr als vorher den Bedürfnissen des Tages, das aber, was über das Bedürfniss des Tages hinausging, was sub specie aeternitatis ihnen Werth und Bedeutung verliehen hatte, war unwiederbringlich dahin. Der neuen Bearbeitung des alten, in seiner Art prächtigen Moritz Schmidt'schen Lehrbuches durch Edmund Meyer glaube ich eine bessere Prognose stellen zu dürfen: Mit Pietät hat der neue Herausgeber vermieden, den Eigenton seines Vorgängers zu stören, ein freundliches Geschick, das einige neue Capitel nothwendig machte, hat es ihm aber gleichzeitig ermöglicht, in diesen

seine Eigenart, sein persönliches Verhältniss zu unserer Kunst und Wissenschaft wiederzuspiegeln, und tactvoll sind die beiderseitigen Anschauungen nebeneinander gestellt, ohne dass die eine die andere erdrückt.

So darf man sich dankbar der Arbeit Edmund Meyer's freuen; sie hat einem Werke, das uns allen lieb und werth ist und das ohne ihn bald nicht mehr als eine Reliquie gewesen wäre, neues und frisches Leben eingeflösst.

A. Kuttner (Berlin).

---

b) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 12., 13. und 14. Juni 1909 in Brüssel.

Vorsitzender: E. Buys (Brüssel).

Am Sonntag, den 12. Juni, Nachmittags 5 Uhr, fanden sich die einheimischen Mitglieder im St. Johanneshospital ein, um zunächst die administrativen Angelegenheiten der Gesellschaft zu erledigen, hauptsächlich auch im Hinblick auf die nächstjährige Versammlung, welche gelegentlich der Brüsseler Weltausstellung von 1910 eine grössere Theilnahme ausländischer Fachgenossen erwarten lässt.

Um 6 Uhr officielle Eröffnung der fachlichen Sitzungen mit einer Ansprache des Vorsitzenden, welcher nach der üblichen Begrüssung der Gäste einen interessanten Ueberblick über die neueren Errungenschaften auf dem oto-rhino-laryngologischen Gebiete giebt und sehr treffend die heutige Tendenz der Oto-Laryngologen kennzeichnet.

Nach Erneuerung des Büreaus und der Wahl des Präsidenten für das kommende Jahr, sowie der Aufnahme neuer Mitglieder und der Aufstellung der Berichterstatter für die nächste Jahresversammlung geht man über zur

I. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Delie (Ypres) legt ein Präparat und mikroskopische Schnitte von einem angiomatösen Fibromyxom der mittleren Muschel und des mittleren und oberen Nasenganges vor. Dasselbe stammt von einem 60 jährigen Mann her und repräsentirt einen ziemlich voluminösen Tumor, der abundante Blutungen veranlasst hatte. D. machte dem blutlosen Kranken zunächst Injectionen von physiologischem und Thierserum; darauf nahm er die Entfernung des Tumors mit Einschluss der inneren Wand des Sinus maxillaris oberhalb der unteren Muschel vor, nachdem er zuvor in den Tumor eine Lösung von warmem aseptischen und Sauerstoffhyperoxydwasser $\overline{aa}$ mit 2 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 : 1000 pro ccm instillirt hatte. Heilung nach 5 Tagen.

Van den Wildenberg (Antwerpen) zeigt den Kehlkopf eines 18 monatigen Kindes vor, dem der Autor ohne Anästhesie diffuse Kehlkopfpapillome in zahlreichen Sitzungen entfernt hatte; nach 2 Monaten Tracheotomie wegen Recidivs, das verschiedenen Exstirpationsversuchen widerstand; Tod 8 Monate später aus einer anderweitigen Ursache. Dem Autor gelang es mit der directen Methode noch

zwei andere Kinder unter 2 Jahren von „sehr“ diffusen Kehlkopfpapillomen zu befreien.

Capart jr. (Brüssel): Endotheliom des Gaumensegels. C. zeigt einen kleineigrossen Tumor vor, herrührend von einem 39jährigen Kranken; derselbe betrifft eine für das Gaumensegel typische Mischgeschwulst, die äusserst selten vorkommt; sie war sehr leicht zu entfernen und die von ihr angefertigten Schnitte lassen ein Endotheliom vom Aussehen eines Cylindroms (nach den älteren Autoren) an den degenerirten Theilen erkennen.

Noquet (Lille) findet in dem Fall eine Aehnlichkeit mit dem, welchen er im Jahre 1900 der französischen laryngologischen Gesellschaft vorgelegt hatte: ein olivengrosser Tumor, dem freien Rand des Gaumensegels gestielt aufsitzend, der infolge seiner grossen Beweglichkeit in gewissen Augenblicken den Kehlkopfeingang verlegte. Die Geschwulst wurde nach vorheriger Unterbindung des Stiels mit der Scheere entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein Fibromyxom.

Cheval (Brüssel): Kehlkopfkrebs. Ch. zeigt den Kehlkopf eines 40jährigen Mannes vor mit einem Krebs der inneren Wand des rechten Sinus piriformis. Trotz der geringen Ausdehnung der primitiven Geschwulst waren die Lymphdrüsen der betreffenden Halsseite sehr stark ergriffen, rings um die Carotis, den Pneumogastricus und die Vena jugularis einschliessend. Der Tumor wurde in seiner ganzen Masse entfernt und die Dissection bis an die Schädelbasis verfolgt. Im Verlaufe des Eingriffs wurde der Pneumogastricus zerstört und die Jugularis unterbunden. Der Kranke befindet sich in einem leidlichen Zustand.

II. Demonstration von Instrumenten.

Buys (Brüssel): Apparat für die Massage der Nasenschleimhaut.

Derselbe besteht aus einem biegsamen dünnwandigen Caoutschucröhrchen, das an seinem distalen Ende geschlossen, mit dem anderen auf eine Metallröhre geschoben ist, die gewissermaassen als Handgriff dient. Diese Metallröhre ist mit einer elektrischen Saug- und Druckpumpe durch eine dickwandige Caoutschucröhre verbunden; so geräth, sobald die elektrische Pumpe in Bewegung gesetzt wird, das Caoutschucröhrchen, welches den activen Bestandtheil des Apparates ausmacht, seiner ganzen Länge nach in Trepidation und stellt so einen vorzüglichen Massageapparat für die Nasenschleimhaut dar, der nicht nur sehr gut ertragen wird, sondern auch eine decongestionirende Wirkung ausübt.

B. verwendet denselben seit ca. 2 Jahren bei allen Formen des chronischen Nasenkatarrhs.

Hicquet jr. (Brüssel) zeigt einen Knopflochzangentroicart für die Trepanation des Sinus maxillaris vom unteren Nasengang aus vor; ferner Instrumente für die Enucleation der Mandeln.

Mahu (Paris) legt vor:

1. einen Mundsperrer, Genre Doyen, mit beweglicher Cremaillière, welche denselben ohne Ruck anzulegen und sofort zu entfernen erlaubt;

2. eine Perforationsscheere für die Trepanation des Sinus maxillaris von der Nase aus.

Sonntagssitzung am 13. Juni im St. Johanneshospital.

III. Krankenvorstellung.

Collet (Brüssel): Nasenflügelplastik vermittelst eines dem Septum entnommenen Schleimhautlappens und Bedeckung desselben mit Thiersch'schen Epidermisläppchen.

Broeckaert (Gent): Vorstellung eines Kindes von 15 Monaten mit einer Rhinopharyngocele, die sich ganz allmählich an der linken seitlichen oberen Halsregion entwickelt hatte; die Geschwulst ist von sehr wechselnder Grösse, sehr auffallend und stark gespannt während der Exspiration, bis zur Grösse einer Mandarine; dieselbe ist vollständig schmerzlos, giebt einen hellen Percussionston und lässt sich leicht durch Compression zwischen der Fingerkuppe und der seitlichen Atlasapophyse zum Verschwinden bringen. Das symptomatische Gesammtbild lässt auf einen lufthaltigen Tumor — eine Aërocele — schliessen, die ihren Ausgangspunkt im Nasopharynx nimmt. Bei der Untersuchung des Cavums kann man links die Existenz eines tiefen Divertikels erkennen, das nur eine anormal entwickelte Rosenmüller'sche Grube darstellt. Der Autor betrachtet diese Rhinopharyngocele als eine Missbildung branchialen Ursprungs, und müsse man dem Fortbestehen eines Divertikels am hinteren Ende der 2. Branchialspalte die Bildung dieses äusserst seltenen Falles, der eine Art congenitaler innerer blinder Fistel darstelle, zuschreiben. Der Autor fragt, welches die beste Behandlung in dem vorliegenden Fall wäre.

Goris glaubt, dass die Wandungen der Geschwulst nicht rein epithelialer Natur seien; man müsse seine Exstirpation vornehmen, wenn der Tumor sich in Bezug auf seinen Gang operabel zeige. Im gegentheiligen Falle versuche man durch chemische oder thermische Reize die Verklebung seiner Wände herbeizuführen.

Gaudier (Lille) sieht in der Dünnheit der Wände keine Contraindication. Man habe Lymphangiome mit nicht dickeren Wänden entfernt; die Gefahr beruhe in dem Alter des Kindes und der Dauer der Intervention. Seiner Ansicht nach müsse man die Methode mit Injectionen absolut verwerfen.

Fallas: Doppelseitige Fronto-ethmoido-maxillarsinusitis, geheilt durch die Operation nach der auf der Klinik des St. Johanneshospitals üblichen Methode, welche gestattet, mit einer einzigen von der Mitte der Augenbrauen ausgehenden, den inneren Augenwinkel umschreibenden und der Nasenwangenfurche entlang bis in die Oberlippe herabsteigenden Incision alle Sinus auf der einen Seite zu operiren. Aesthetisches Resultat perfect.

Van den Wildenberg stellt einen Kranken vor, der von recidivirenden Polypen beiderseits mit äusserst hartnäckigem Asthma durch die doppelseitige Radicalcur der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen seit 2 Jahren geheilt ist.

Goris (Brüssel): Bemerkung über einige an bösartigen Tumoren der Nase und des Sinus maxillaris operirte Kranke.

Vorstellung dreier Fälle, wovon der

erste einen Mann mit Rundzellensarkom des Siebbeins betrifft, den G. vor

$4^1/_2$ Jahren mit partieller Kieferresection und Exstirpation des Siebbeins operirt hatte; die Heilung hält an.

Der zweite ist ein Mann, der vor 8 Monaten an einem Sarkom des Pterygoidfortsatzes der Nase und des Gaumens mit totaler Resection des Oberkiefers, Abtragung der rechten Hälfte des Gaumensegels und des seitlichen oberen Theiles des Pharynx operirt wurde; der Gaumen wird nach der Bardenheuer'schen Methode wiederhergestellt vermittelst eines an die Pharynx- und Wangenschleimhaut der anderen Seite angenähten Stirnaugenlidlappens; der Defect wurde mit Thiersch'schen Hautstückchen bedeckt; Heilung anhaltend.

Der dritte Fall ist eine vor 4 Monaten an einem Carcinom der Sinus maxill. operirte Frau; beinahe Totalresection des Oberkiefers; Wiederherstellung des Gaumens vermittelst Lappen aus der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

G. betont die Wichtigkeit der Reconstruction des Gaumens nach Abtragung des Oberkiefers.

Hicguet jr. (Brüssel): Spindelzellensarkom des Siebbeins.

Vorstellung eines Mannes von 64 Jahren, mit Vorlegen des Präparates, dessen linke Nasenseite von einem Tumor ausgefüllt war, der sich histologisch als Spindelzellensarkom erwies. Die Operation wurde nach dem Verfahren von Mann ausgeführt: nach Resection des Nasenbeins, des aufsteigenden Kieferastes Entfernung des ganzen Siebbeins mit der Luc'schen Zange und Curette; Trepanation des Sinus sphenoid., der vom Tumor ausgefüllt war; Curettage. Die Orbitalhöhle communicirt durch eine breite Oeffnung mit der Nasenhöhle. Narbe unsichtbar; leichtes Recidiv nach 4 Monaten, das durch Curettage auf endonasalem Wege zur Heilung gebracht wurde,

Fallas (Brüssel): Ein Fall von Tenor mit Bassstimmbändern. Was thun mit dem Schüler des Conservatoriums, der mit Bassstimmbändern unter die hohen Tenöre eingereiht worden, nicht im Stande ist, einen tiefen Ton hervorzubringen?

Discussion:

Poyet (Paris) hatte Gelegenheit, am Conservatorium in Paris häufig junge Leute zu beobachten, die sich als Tenöre vorstellten und in der That auch ein Tenorlied singen konnten; es sind das aber meistens Baritone, deren Larynx mit einer kräftigen Musculatur ausgestattet ist und die dank ihres wirksamen Blasinstruments hohe Töne hervorbringen und das natürliche Si bis zum ut erreichen; allmählich aber ermüdet das Organ und bald muss der junge Mann von der Tenorklasse in die der Baritone übergehen, und dies definitiv.

Jauquet (Brüssel): Vollständige linksseitige Stimmbandparalyse nach zufälliger Section des Pneumogastricus durch einen Fremdkörper, einen weissglühenden Metallsplitter, der vor 3 Jahren, ohne den Sympathicus oder sonst noch ein Organ zu verletzen, im Niveau der Regio carotid. eingedrungen war. Die Paralyse des linken Stimmbandes ist vollständig; Puls 90.

Labarre (Brüssel): Ventricularlaryngocele des Kehlkopfs; der mandarinengrosse Tumor springt wie eine Hernie unter dem Kinn vor, wenn der Kranke eine forcirte Exspirationsbewegung macht; Reduction leicht durch Com-

pression, wobei ein eigenthümliches Geräusch durch die gewaltsame Passage der Luft in dem Larynx entsteht. Laryngoskopisch erkennt man einen ziemlich deutlichen Prolaps des rechten Morgagni'schen Ventrikels, der der Entstehung der Laryngocele nach innen hin entspricht.

Delsaux (Brüssel): Wegen subglottischer Narbenstenose laryngostomirter, über ein Jahr geheilter Kranker.

Derselbe wurde vergangenes Jahr schon als geheilt vorgestellt; er kann seinen Beschäftigungen nachgehen und ohne Athemnoth laufen; ausserdem hat sich die Conversationsstimme wieder hergestellt durch vicariirendes Eintreten des Stimm- und Taschenbandes der anderen Seite.

Beco (Lüttich): Vorstellung von Kranken, die wegen Erstickungsgefahr infolge von Papillomen tracheo-laryngostomirt wurden.

Drei im vorigen Jahre schon vorgestellte Kranke: bei dem ersten folgen Recidiv auf Recidiv, die man vermöge der Stomie verfolgen und bekämpfen kann bei freigehaltener Respiration; von diesem Gesichtspunkt aus bietet die Stomie vor der Canüle, die der Kranke $1^1/_2$ Jahre getragen, grosse Vorzüge.

Die zwei anderen Fälle sind von Recidiv seit 12 resp. 14 Monaten frei geblieben. Bei dem einen ist der Verschluss der Stomie vor 4 Monaten durch Autoplastik vorgenommen worden, der andere erträgt den Verschluss derselben nicht.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Tracheo-Laryngostomie wegen Laryngotracheal-Papillomen und Verengerung. Heilung.

Kind von 8 Jahren mit diffusen Laryngotracheal-Papillomen hatte schon die Thyreotomie überstanden, worauf Recidiv, das die Tracheotomie nöthig machte. Trotz einer Ruhepause von 4 Jahren zeigten die Papillome nicht die geringste Tendenz zur Heilung und verbreiteten sich auf die Trachea. Mit der Laryngotracheostomie wurde nach Totalexstirpation der Papillome die Radicalheilung erzielt. Die Stomie ist seit 2 Monaten durch Autoplastik geschlossen.

Goris (Brüssel): Radicalcur diffuser Kehlkopfpapillome.

G. stellt einen Kranken von 17 Jahren vor, dessen Stimme seit seinem 3. Lebensjahre rauh war. Derselbe hatte verschiedene Eingriffe auf natürlichem Wege überstanden, aber trotzdem blieb seine Stimme rauh.

Im März 1909 nahm G. die Thyrotomie vor, entfernte die Papillome mit der Scheere und kauterisirte die Implantationsbasis galvanokaustisch. Stimme jetzt vollkommen klar. G. ist der Ansicht, dass in analogen Fällen die Thyrotomie der Stomie vorzuziehen sei wegen der rascheren Heilung. Die Stomie möge indicirt sein, wenn die Kehlkopfwandungen mit Papillomen besetzt sind und eine postoperative Stenose zu befürchten ist.

Discussion:

Broeckaert meint, dass die Behandlung der Kehlkopfpapillome seit einiger Zeit eine vollständige Umgestaltung erlitten habe. Zwei neue Methoden drängen sich auf, wenn man zur Radicalcur schreiten will: einmal die Entfernung der Papillome mit der endoskopischen Methode, directes Vorgehen, das leicht und selbst am Kinde sich ausführen lässt; zweitens die Tracheolaryngostomie,

welche den Kehlkopf und die Trachea zu überwachen gestattet und eventuell im Falle von Recidiv einen Eingriff ermöglicht.

B. hat vermöge einer eigens für den Fall construirten Zange Larynxpapillome von der Wurzel aus exstirpirt. In einem anderen Falle, in dem es sich um ein Trachealgranulom bei einem Kinde infolge von Tracheotomie wegen Croup handelte, hatte er sich vorgenommen, die Tracheostomie vorzunehmen, aber die Leichtigkeit, mit welcher er die Neubildung wegnehmen konnte, liess ihn auf sein Vorhaben verzichten. Es genügte dem Autor, in diesem Falle die temporäre Oeffnung der Trachea vorzunehmen.

B. führt schliesslich noch einen Fall an, bei welchem er die Gelegenheit hatte, eine Tracheostomie anzulegen. Es handelte sich um ein 2jähriges Kind mit progressiver schwerer Dyspnoe infolge einer Lymphdrüsenerkrankung des Mediastinums, die eine schwere Compression der Recurrentes und Pneumogastrici bewirkt hatte. Er eröffnete weit die Trachea, nähte die Schleimhaut an die Haut und setzte eine Canüle für 14 Tage ein. Dank einer Jod- und Kräftigungsbehandlung stellte sich die physiologische Athmung wieder her im Verlaufe einiger Monate und die Stomie konnte durch einfache Anfrischung geschlossen werden. Die Trachealmündung hatte, wie Beco vorausgesehen, eine Tendenz zur Verengerung, und um die Dilatation zu erhalten, musste der Autor zu verschiedenen Malen eine Canüle einführen, welche er eine Nacht lang liegen liess.

Van den Wildenberg äussert sich dahin, dass man zu den äusseren Methoden nicht als ultima ratio seine Zuflucht nehmen soll. Ausser den Resultaten, welche er bei Kindern unter 2 Jahren mit der directen Kirstein'schen Laryngoskopie erzielt hat, führt er den Fall von einem jungen 17jährigen Menschen an, der während 4 Monaten auf endolaryngealem Wege an diffusen Kehlkopfpapillomen behandelt worden war. Als letzte Zuflucht wurde die Laryngofissur vorgeschlagen. Dem Autor gelang es, diesen Patienten in 10 Sitzungen vollständig zu heilen und in aller Geduld die Papillome ganz zu entfernen. Den Extrationen liess er Cauterisationen mit reiner Milchsäure folgen und verabreichte Liq. Fowleri.

Beco findet den Goris'schen Fall sehr anerkennenswerth, aber man soll sich nicht durch ein isolirtes Factum beeinflussen lassen, denn keine Affection biete so verschiedenartige Charaktere, wie die „Papillose" des Kehlkopfs, die jedem Patienten seine eigene Symptomatologie verleihe. Der Autor erinnert an die voriges Jahr von ihm aufgestellten Conclusionen: „Man muss die Stomie als letztes Hülfsmittel betrachten, wenn die Papillome immer wieder nach den Eingriffen auf natürlichem Wege oder nach einfachen Thyrotomien recidiviren. Trotzdem giebt es Fälle, bei denen die Tumoren derartig zahlreich, derartig dichtgedrängt und derartig verbreitet sind, dass man einen Misserfolg mit der endoskopischen Methode vorhersehen kann. Die einfache Thyrotomie ist in diesen Fällen nicht sicherer, weil gewisse Partien der Neubildungen der Curettage entgehen können. Das sind Fälle, welche gewöhnlich recidiviren und die Laryngostomie rechtfertigen."

Trétrôp kennt den Kranken von Goris, welchem Broeckaert und er selbst auf natürlichem Wege mit momentan gutem Erfolge Papillome entfernt hatten. Er verzichtete auf Grund der Nothwendigkeit des Patienten, sein tägliches Brot zu verdienen, auf die Laryngostomie, die eine lange Nachbehandlung er-

heischt. Er gratulirt Goris zu dem ausgezeichneten Resultat, das er so schnell erreicht.

Goris denkt, dass es schwer sei, wenn man auf natürlichem Wege eingreife, dafür zu garantiren, dass die Papillome nicht wiederkommen, weil ihre Basis bestehen bleibe. Er ist Anhänger der Laryngofissur in den freilich wenig zahlreichen Fällen von diffusen Papillomen und reservirt die Stomie für die Fälle von diffusen Papillomen, die die ganze Schleimhaut bedecken; dieselbe schützt gegen das Recidiv und gegen die Verengerung.

Gaudier ist der Ansicht, dass die Indicationen zu Operationen bei den Fällen von Larynxpapillomen sich folgendermaassen stellen lassen:

bei isolirten Fällen Intervention auf natürlichem Wege;

bei Papillomen des Larynx und der Trachea Laryngofissur; endlich

bei den wuchernden Formen der Schleimhaut die Laryngostomie, die allein die consecutive Stenose zu bekämpfen gestatte.

Payet sen. will nicht unterlassen, auf die Fälle diffuser Papillome hinzuweisen, welche, auf natürlichem Wege operirt, mehrere Jahre lang recidiviren. Er hat viele derartige Fälle gesehen, welche, ein-, zwei-, zehnmal operirt, eines schönen Tages nicht recidivirten, und zwar ohne irgend welchen annehmbaren Grund.

Bayer hat das spontane Ausstossen von Larynxpapillomen bei zwei Personen beobachtet, welche vollständig davon befreit wurden.

Helsmoortel rühmt die Broeckaert'sche Zange, die er mit Erfolg in solchen Fällen von Papillomen angewendet hat.

Capart jr. betont die Wichtigkeit, den Ausdruck „diffuses Papillom“ nur für Tumoren zu gebrauchen, mit welchen wir es hier zu thun haben. Virchow hat sie in der That mit dem Namen Pachydermie des Kehlkopfs bezeichnet; es bedürfte aber wichtiger Gründe, die durch den langen Gebrauch sanctionirte Nomenclatur zu ändern.

Delsaux (Brüssel): Adamantinom des Unterkiefers operativ geheilt.

34jährige Kranke, die seit 10 Jahren mit einem Tumor des linken Unterkiefers behaftet ist — ohne Schmerzen. Entwickelung langsam. Als D. die Kranke zum ersten Male sah, war der Tumor faustgross; die Halslymphdrüsten frei; mehrere histologische Untersuchungen der Geschwulst ergaben die Diagnose „Epitheliom“ oder „atypisches Epitheliom“. Schliesslich wurde die mikroskopische Diagnose von Steinhaus gestellt. Die Operation bot nichts Ungewöhnliches dar; Patientin bleibt geheilt und wird es auch bleiben: Die Deformation der Wange wird durch eine Prothese und Paraffininjectionen in die Wange ausgeglichen werden.

Broeckaert (Gent): Demonstration eines neuen automatisch verschiebbaren Oesophagoskops an einem Kranken.

Dieser Apparat hat vor dem Brüning'schen den Vortheil, einfacher und dadurch wohlfeiler zu sein. Das Einstellen der inneren Röhre, welche gestattet, das

Oesophagoskop nach Wunsch zu verlängern, geschieht durch automatisches Verschieben ohne Ruck mittelst einfacher Rotationsbewegung einer Schraube, welche aussen am Universalhandgriff, der zugleich als Elektroskop dient, angebracht ist.

Trétrôp (Antwerpen): Halsphlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs, operativ geheilt.

Vorstellen von zwei solchen Fällen; der eine kam infolge einer Entzündung des Nasopharynx nach Influenza zu Stande; der andere infolge eines leichten Traumas der Mund-Rachenschleimhaut durch einen Pflanzenstiel. In beiden Fällen enthielt der Eiter Streptokokken. Bei dem ersten Kranken wurde die Chloroformnarkose angewandt; bei dem zweiten die gemischte Narkose von Chloräthyl mit Chloroform. Heilung ohne sichtbare Narbe in $1^1/_2$ bis 2 Monaten.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Drei Fälle von Thyroidectomie.

Der Autor präsentirt:

1. eine Frau, die an einem enormen parenchymatösen, die Trachea ringsum einschliessenden und das Kaliber desselben bedeutend beschränkenden Kropf litt. Symptome von Basedow: Tachycardie mit 120 Pulsen, Herzklopfen, nervösen Symptomen: Thyroidectomie ohne Localanästhesie; vollkommene Heilung.

2. 11jähriges Kind, vor einem Jahr an einem primären exophthalmischen Kropf, einer im Kindesalter sehr seltenen Affection erkrankt. Die Krankheit nahm einen ganz acuten Verlauf mit alarmirenden Symptomen (180 Pulse pro Minute) etc., und da alle übrigen Behandlungen im Stiche liessen, so wurde die Thyroidectomie ohne Chloroformnarkose vorgenommen. Rapides Verschwinden aller Symptome.

3. Kranke mit einem primären exophthalmischen Kropf leidet an einem voluminösen, tief hinter dem Sternum herabsteigenden Kropf seit $1^1/_2$ Jahren. Thyroidectomie unter Localanästhesie: Sofortige Heilung der Dyspnoe und fortschreitendes Verschwinden der anderen Symptome.

Der Autor ist für die Thyroidectomie bei exophthalmischem Kropf; diese müsse sofort vorgenommen werden, wenn zu gleicher Zeit Trachealstenose besteht, und secundär in den anderen Fällen, wo die medicinische Behandlung fehlgeschlagen.

Nachmittagssitzung im St. Johanneshospital.

Hicguet (Brüssel): Indicationen zur chirurgischen Intervention an der Nasenscheidewand. Wahl des Verfahrens.

Wenn die Deviation auch an und für sich keinen Nachtheil bietet, so kann sie doch nervöse, Lungen-, Gefäss- und nasale Störungen bedingen, die zu Gunsten einer Intervention sprechen. Mehrere Möglichkeiten können eintreten:

1. Deviation mit Rhinitis: Man operirt zuerst die Deviation, denn die Rhinitis verschwindet gewöhnlich dann ohne weitere Behandlung.

2. Deviation und Schleimpolypen: Man entfernt zuerst die Polypen und geht dann an die Deviation heran.

3. Deviation und Sinusitis: Immer zuerst die Sinusitis operiren. Der Weg von aussen ist am sichersten.

Für die Scheidewandvorsprünge empfiehlt H. das Moure'sche Septotom. Die Scheidewandkämme entfernt er vorher mit Meissel und Säge nach vorheriger Abhebung der Schleimhaut.

Was endlich die Deviationen anbelangt, so lässt der Autor keine andere Methode zu, als die submucöse Resection, welche allein ein vollkommenes Resultat mit Schonung der Schleimhaut liefere.

Discussion:

Van den Wildenberg sieht den grossen Vortheil der submucösen Resection in der raschen Heilung, besonders wenn man darauf bedacht ist, die Naht der Incision nach Entfernung des Knorpels vorzunehmen.

Delsaux: Eitrige Meningitis nasalen Ursprungs.

24jähriger Mann, 4 Monate vor seiner Aufnahme auf der otolaryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals an rechtsseitiger Frontalsinusitis operirt; derselbe sonderte immer noch Eiter aus der Nase ab und trug am inneren rechten Augenwinkel eine Fistel. Eingriff rechts, nachdem die Diagnose rechtsseitige Polysinusitis und linksseitige Frontoethmoidalsinusitis durch die Rhinoskopie, Translumination und Explorationspunction bestätigt hatte. Einige Tage nach der Operation tritt eine Anschwellung an der linken Stirngegend auf, die nicht zum Verschwinden zu bringen ist. Temp. über 38°. Vornahme der Frontoethmoidalcurettage links; kein Abfall der Temperatur; es treten im Gegentheil Zeichen von rechtsseitigem Gehirnabscess, des Temporallappens auf. Vornahme eines dritten Eingriffs, diesmal am Gehirn, der zur Entdeckung eines intraduralen Eiterherdes führte. Eröffnung und Drainage desselben. Während einiger Zeit konnte man auf eine Heilung hoffen, allein die Affection verbreitete sich auf die Meningen und der Kranke stirbt im Coma. Diagnose durch Autopsie bestätigt.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Gehirnabscess nasalen Ursprungs.

23jährige Kranke, welche bei der ersten Untersuchung eine linksseitige Frontoethmoidalsinusitis mit stürmischen Symptomen darbot, rechts dieselbe Affection, aber ohne andere Symptome, als einen eitrigen Ausfluss aus der Nase. Operation auf endonasalem Wege. Recidiv.

Der Autor nahm darauf linkerseits die Sinusectomie und Siebbeinausräumung nach dem Verfahren von Killian vor. 3 Wochen später bedeutende Anschwellung mit Fluctuation in der rechten Orbitalgegend; die Kranke lehnt jede Radicaloperation von dieser Seite aus ab. Eine einfache Incision, die im Niveau des inneren rechten Augenwinkels vorgenommen wurde, bewirkt einen reichlichen Eiterausfluss und die Elimination eines kleinen Sequesters des Os unguis. 14 Tage später erhält Autor die Erlaubniss, einen ausgiebigeren Eingriff vorzunehmen, wobei er auf einen voluminösen Sequester stösst, der die Apophysis cristae Galli und die Lamina cribrosa des Siebbeins umfasst. Im Niveau der Stirn besteht eine sehr ausgedehnte osteomyelitische Zone. Nach weiteren 3 Tagen treten Herderscheinungen des Gehirns im Niveau der linken Roland'schen Zone auf: motorische Aphasie, Lähmung der rechten Hand; Trepanation mit Eröffnung eines

geräumigen Epiduralabscesses. Die Symptome verschlimmern sich mehr und mehr; 12 Stunden später incidirte der Autor einen voluminösen Gehirnabscess. Tod im Coma 3 Tage nachher. Verf. meint, die Osteomyelitis sei von der rechten, nicht operirten Seite ausgegangen, deren Wand der Sitz einer Osteitis war. Die Infection habe dann durch die venösen Breschet'schen Zwischenknochencanäle stattgefunden.

Escat (Toulouse): Das Traguszeichen bei den Neuriten und der Compression des Pneumogastricus.

Der Autor bezeichnet mit diesem Ausdruck das Gefühl von Stechen und Kitzeln im Halse mit nachfolgendem trockenen, keuchhustenartigen Hustenanfall, hervorgerufen durch einen sehr schwachen Druck auf den Tragus eines der Ohren; dieser Druck hat zur Folge, dass sich der Auricularast des Pneumogastricus leicht zerrt. Bei Abwesenheit jeder Locallläsion des äusseren Gehörganges oder jeder brutalen Ohruntersuchung, wie z. B. einer Ohrinjection unter starkem Druck, erlaubt die Feststellung dieses Zeichens eine Reizung des Stammes des X. Gehirnnervenpaares oder seiner sensitiven Aeste anzunehmen. Escat hat es beobachtet

1. bei den Compressionen des Pneumospinalis, die schon durch das Avellis'sche Syndrom und die Tachycardie sich zu erkennen gegeben haben;
2. bei Individuen mit postgrippaler ramusculärer Neuritis des X. Paares;
3. bei Pleuritisreconvalescenten;
4. bei 2 Fällen von Keuchhusten.

Es wurde hingegen nie constatirt bei isolirter Recurrenscompression.

Deshalb meint der Autor, dass dieses Zeichen die speciell „recurrential" benannte Larynxhemiplegie von der Larynxhemiplegie infolge einer Läsion des Pneumospinalis zu differenziren gestatte.

Delie (Ypres): Pseudomembranöse Streptokokkenamygdalitis und Appendicitis.

Junges Mädchen von 25 Jahren bekam eine acute Entzündung beider Mandeln mit weissem Belag; die Cultur erwies Streptokokkennatur. Am 3. Tage trat eine wohl charakterisirte Appendicitis auf, welche ohne Eiterung verlief und nach 3 Monaten verschwand. Handelte es sich hier nicht um zwei Manifestationen derselben Mikroben an zwei Organen von analoger Struktur?

Lecocq (Wasmes): Application der Formalisationsmethode bei einem Fall von bösartiger Geschwulst des Mundes.

17jähriges junges Mädchen mit einem ulcerirten wuchernden Tumor von grauer Farbe am linken Unterkieferwinkel im Hintergrunde des Mundes. Schlechter Allgemeinzustand; keine hereditären Antecedentien. Der Tumor nahm in einigen Tagen eine sehr grosse Ausbreitung an, die den Autor bestimmte, einen Eingriff vorzunehmen.

Incision der linken Wange, von der Lippencommissur angefangen bis in die Reg. parotidea. Man erkennt, dass die Geschwulst sich in die Reg. pterygoidea erstreckt. Mit Scheere und Zange wird alles entfernt, was man kann, worauf man eine Cauterisation mit purem Formol folgen lässt, mit Application eines intra-

buccalen Compressionsverbandes. Naht der äusseren Wunde mit Metallagraffen. Der Autor setzte die Verbände mit verdünntem Formol täglich fort und machte noch wöchentlich eine oder zwei Betupfungen mit purer Lösung. Dadurch und indem er noch vom Munde aus die nachschiessenden Wucherungen der Geschwulst entfernte, konnte Autor eine Verlängerung des Lebens von nahezu drei Monaten erzielen.

Lecocq schreibt dem Formol eine active Rolle bei bösartigen Neoplasmen zu. Er hat davon mehrere Besserungen, aber keine Heilung gesehen.

Discussion:

Goris glaubt, dass man eine vollständige Exstirpation hätte vornehmen können. Was die neuen Methoden, Formol, Radium etc., anbelangt, so müsse man sie nur mit grosser Vorsicht aufnehmen. Schreiben wir, sagt der Autor, dem neuen Verfahren keinen curativen Werth zu, der bis jetzt nur der frühzeitigen blutigen Operation zukommt.

Capart jr. fragt nach der klinischen Diagnose der Geschwulst.

Lecocq antwortet, dass zwei mikroskopische Diagnosen gemacht wurden: die eine lautet: „Gewebe von entzündlicher Reaction“, die andere „Fibrosarkom“. Er denkt, dass man diesen Fall dem Fusosarkom, welches Delsaux voriges Jahr vorgestellt, an die Seite stellen könnte.

Cheval behält sich seine Reserven vor bezüglich der Radiumbehandlung, die unanfechtbare Resultate liefere.

Delsaux ist sehr erfreut darüber, dass die Lecocq'sche Mittheilung eine interessante Discussion veranlasst habe, welche mehr oder weniger zu einer Präcision der nicht operativen Behandlungsweise von Tumoren bösartiger Natur Veranlassung gegeben habe. — Er antwortet Goris, dass die ausgedehnte Operation in dem Falle Lecocq's nicht ausgeübt wurde, weil die Kranke nicht mehr radical operabel war.

Bichaton (Reims) betont die unzweifelhafte Wirkung des Radiums bei gewissen Tumoren: Naevi, Xanthomen etc.

Jacques (Nancy) hat eine Communication über die Pathologie und Behandlung der Angina Ludovici abgeliefert, über die noch anderweit berichtet wird.

Trétrôp (Antwerpen): Ueber das Mobilmachen und die Expulsion gewisser Oesophagusfremdkörper durch die locale progressive Anästhesie.

T. unterscheidet zwei Kategorien von Oesophagusfremdkörpern: diejenigen, deren Expulsion durch die natürlichen Wege unmöglich oder gefährlich ist, und diejenigen, bei welchen sie möglich ist, die aber, ungeschickt angegriffen, Spasmus veranlassen mit darauf folgender Einkeilung. Für diese letzteren bewirkt die progressive Localanästhesie häufig das Mobilwerden und die normale Weiterbeförderung nach unten, ohne dass man auf die Oesophagoskopie zu recurriren habe. Der Autor citirt 3 derartige natürliche Fälle.

De Stella (Gent): Die Seroanaphylaxie und ihre Behandlung.

Die auf diphtheritische Seruminjectionen folgenden Zufälle sind theils banale und häufig vorkommende, wie schmerzhafte Arthritis, Urticaria etc., theils ernster Natur, ja sogar tödtlich, was zum Glück sehr selten ist. Der Autor studirte die Pathogenese dieser Zufälle, welche die Serumkrankheit, oder anders ausgedrückt, die „Seroanaphylaxie“ ausmachen.

Die Klinik lehrt, dass diese Zufälle hauptsächlich nach einer zweiten oder dritten Injection auftreten, und viel seltener nach einer einzigen und massiven. Das beweist, dass die erste Injection den Kranken für eine neue Injection hypersensibel gemacht hat. Die am anaphylactisirten Thiere beobachteten Zufälle sind den klinisch beobachteten analog: Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks, Dyspnoe und Collaps. Man weiss ferner, dass das Thier (Meerschweinchen, Hund) durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirt werden kann, derart, dass eine zweite Injection mit demselben Serum, die im Zwischenraum von einigen Tagen vorgenommen wurde, das Thier mit einer Dosis tödtet, welche bei dem nicht sensibilisirten Thier ganz und gar unschädlich geblieben wäre. Die gleichen Resultate erhält man bei dem antidiphtheritischen Serum. Ausserdem theilt das Serum diesem durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirten Thiere, wenn es einem jeder Sensibilität baaren Thiere injicirt wird, diesem letzteren die Anaphylaxie dem antidiphtheritischen Serum gegenüber mit.

Behandlung: Vom prophylactischen Standpunkte aus räth der Autor, nur eine einzige, aber massive Seruminjection vorzunehmen. Wenn es zu üblen Zufällen kommt, so bestehen die schlimmsten in dem Sinken des arteriellen Blutdrucks. Diese kann wirksam bekämpft werden durch subcutane Injectionen mit adrenalisirten physiologischem Serum (500 ccm Serum mit Hinzufügung von 1 ccm einer Adrenalinlösung von 1 pM.) oder in dringenden Fällen durch eine intravenöse Injection einer Lösung von 100 ccm physiologischen Serums mit Hinzufügung von 5—10 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 pM.

Goris: Bemerkung bezüglich der Behandlung gewisser Hustenformen.

G. macht auf das Vorhandensein einer hustenerzeugenden Zone im Bereiche des Sternoclaviculargelenks aufmerksam; es befinden sich da der Pneumogastricus, der Phrenicus, der obere Brustfellblindsack und die Mediastinalpleura. Die Eiteransammlung an dieser Stelle ist eine der Ursachen, welche auf diese Gegend einen Reiz ausüben. Der Autor hatte zweimal Gelegenheit, einen beständigen trockenen Husten zu beobachten, welcher durch eine Caries des Sternoclaviculargelenks bedingt war. Die Operation, welche in einer Resection des Clavicularrandes und des Manubriums bestand, brachte die beiden Kranken zur Heilung, ohne dass eine functionelle Behinderung zurückblieb. G. konnte sogar während der Chloroformnarkose constatiren, dass die im Bereiche dieser Gegend ausgeübte Pression diaphragmatische Erschütterungen hervorrief, was zu der Annahme berechtigt, dass man diesen Husten der Reizung des Phrenicus zuschreiben dürfe.

Der Montag, 14. Juni, war der Geselligkeit geweiht, um die sich der Herr Vorsitzende mit seiner Frau Gemahlin ganz besondere Verdienste erwarben.

Bayer.

---

c) Niederländischer Naturwissenschaftlicher und Medicinischer Congress

zu Utrecht am 16. und 19. April 1909.

Medicinische Subsection.

I. Beziehungen zwischen Erkrankungen des Sehnerven und der hinteren Nasennebenhöhlen.

H. Snellen jr. (Utrecht). (Referat.)

S. giebt einen historischen Ueberblick über die Frage der von der Nase ausgehenden Entzündungen in der Augenhöhle. Aus der jüngsten Mittheilung von Birch-Hirschfeld geht hervor, dass von 684 Orbitalaffectionen nicht weniger als 409mal die Ursache in einer der Nasennebenhöhlen lag. Von diesen war der Ausgangspunkt in 31,6 pCt. die Stirnhöhle, 21,7 pCt. die Kieferhöhle, 20,5 pCt. das Siebbein, 6,1 pCt. das Keilbein, 14,7 pCt. mehrere Nebenhöhlen, 5,4 pCt. unbestimmt. Die eigene Erfahrung von S. ist eine andere: In 15 Jahren 7mal die Stirnhöhle, 1mal das Siebbein, 1mal die Kieferhöhle. Die Zahl 6,1 pCt. für das Keilbein hält er entschieden für zu niedrig; diese Affectionen bleiben wohl oft unbekannt, namentlich in Fällen von Erkrankung des Sehnerven. Dieselbe sah er nie infolge von Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung auftreten. Dagegen hat er oft eine Keilbeinerkrankung vermuthet, ohne dass dieselbe vom Nasenarzt hätte festgestellt werden können.

December 1906 behandelte er einen Landmann, der mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Gesichtsabnahme plötzlich erkrankt war. Rechtes Auge war blind; links Sehschärfe $^6/_{60}$ mit temporaler Hemianopsie, Parese des Abducens und des Oculomotorius und Fieber. Bei Rhinoskopia anterior nichts Abnormes, bei der posterior ein wenig Eiter am oberen Choanalrand. Eröffnung der Keilbeinhöhlen (Quix): links viel, rechts wenig Eiter. Der Patient, der vor der Operation schwer krank war, erholte sich allmählich und wurde nach 6 Wochen entlassen. Das rechte Auge war blind; links Sehschärfe $^6/_{10}$ (später $^5/_6$); die Lähmungen verschwunden. Zweifelsohne ist die Entzündung der Keilbeilhöhle auf die beiden Sehnerven übergegangen; sie muss sich auch, innerhalb der Schädelhöhle, bis an die Fissura orbit. sup. ausgedehnt haben.

Seitdem hat S. in jedem verdächtigen Fälle systematisch die hinteren Nebenhöhlen eröffnen lassen. Unter diesen 11 Fällen war noch einer mit intracranieller Ausbreitung der Entzündung und bitemporaler Hemianopsie. Drei Fälle zeigten das Bild der retrobulbären Neuritis optica, drei der Papillitis, dreimal Retinitis haemorrhag. (Thromb. v. centr. retin.); einmal Atrophie der Papille. Aus diesem systematischen Vorgehen erklärt sich die von Birch-Hirschfeld so sehr abweichende Statistik. Neben 7 Fällen von Stirnhöhleneiterung in 15 Jahren fand er in 2 Jahren nicht weniger als 11mal Erkrankung des Keilbeins.

F. H. Quix (Utrecht): (Referat.)

Q. giebt einen Ueberblick über die anatomischen Verhältnisse und die Diagnostik der Keilbeinhöhle, sowie über die Wege, auf welchen Entzündungen dieser Höhle auf den Opticus übergreifen können. Es ist nicht nothwendig, dass die Nebenhöhlenentzündung eitriger Natur ist; auch die hyperplastische Form kann zur Complication führen. Die auffallend schnelle Erholung der Sehschärfe mit der Eröffnung der Höhle lässt den Schluss zu, dass keine wirkliche Neuritis, sondern nur Functionsstörung durch Stauung oder Toxinwirkung bestand. Verschliessung des Nasenhöhlenostiums kann eine solche Stauung verursachen. Wie auch Snellen betont Q. die Nothwendigkeit des Zusammenwirkens von Nasen- und Augenarzt. Nur in der Minderzahl der von ihm mit Snellen behandelten 11 Fälle wurde bei der Rhinoskopie Eiter gefunden: meistens gab es Schwellung in der Umgebung der mittleren Muschel an der Seite des erkrankten Auges. Auch in der eröffneten Keilbeinhöhle wurde nur in einzelnen Fällen Eiter gefunden; wohl war die Schleimhaut geschwollen. Gerade in diesen Fällen erfolgte oft unter Nasenspülungen völlige Herstellung des Sehvermögens. Ein paarmal wurde in der Höhle Eiter gefunden, der bei der Nasenuntersuchung nicht vermuthet wurde.

Discussion:

Quix fügt dem Referat noch die Mittheilung eines Falles doppelseitiger Erblindung infolge Entzündung der Keilbeinhöhlen bei einem Pferde zu, nach Mittheilung des Thierarztes Thomassen. Es war bei Influenza Naseneiterung aufgetreten. Das blinde Thier wurde getödtet. Kiefer- und Stirnhöhlen zeigten sich gesund; die Keilbeinhöhle dagegen war entzündet und dilatirt, mit Affection beider Sehnerven, welche peripheriewärts atrophirt waren.

Struycken (Breda) betont die Schwierigkeiten der Sphenoideröffnung, welche man ohne genügende Indication nicht vornehmen sollte. In seinen Fällen war das functionelle Resultat durchaus nicht günstig. Er bittet um eine Erklärung der Fälle, wo eine Augencomplication aufgetreten, in dem keine Erkrankung der Keilbeinhöhle, bloss Schwellung in der Gegend der mittleren Muschel zugegen gewesen.

Burger (Amsterdam) theilt vier eigene Fälle mit: 1. ein centrales Skotom bei einer chronischen latenten Kieferhöhleneiterung (Patient des Prof. Straub); 2. centrales Skotom bei einem Patienten des Dr. Bloch (Rotterdam) bei chronischer Kieferhöhlen- und Siebbeinentzündung. Ohne äussere Operation, hauptsächlich mittelst Durchspülungen behandelt, wird hier das Skotom fortwährend kleiner; 3. ein Fall von totaler Erblindung des einen Auges und zunehmender Erblindung des anderen Auges. Hier wurde auf Rath des Prof. Snellen die Keilbeinhöhle eröffnet. Die Gesichtsfeldbeschränkung und Gesichtsabnahme sind dann nicht weiter fortgeschritten. Der Fall ist nicht rein, weil zugleich antiluetische Behandlung; 4. ein ausführlich zu beschreibender Fall von bitemporaler Hemianopsie für Farben und bedeutender Abnahme des Sehvermögens (links $^1/_{60}$, rechts $^1/_6$) mit Schwellungskatarrh der Nase. Nach Eröffnung der Keilbeinhöhle hat sich die Gesichtsschärfe auffallend gebessert (beiderseits auf $^5/_6$).

Quix stimmt Struycken bei, dass die Fälle ohne Eiterung sich noch nicht

befriedigend erklären lassen. Ein paarmal ist es ihm gelungen, ein Stückchen Schleimhaut aus der Keilbeinhöhle zu entfernen. Er fand in demselben Infiltration.

II. Die Indicationen zur Adenotomie bei Kindern.

H. J. L. Struycken (Breda): (Referat.)

S. giebt in Tabellenform einen Ueberblick der Symptomatologie auf Grundlage von 5000 operirten Adenoidfällen. Bei jeder Krankheitserscheinung erwähnt er die statistische Zahl der erhaltenen Erfolge. Obenan steht die Mundathmung (3520mal mit 2990 Heilungen), dann Ohrschmerzen (2700mal mit 2100 Heilungen) und Schwerhörigkeit (2670mal mit 1960 Heilungen) u. s. w., bis an die Torticollis (15 und 12) und Gesichtsfeldeinengung (2 und 2).

J. Haverschmidt (Utrecht): (Referat.)

H. behandelt das Thema vom Standpunkt des Kinderarztes. Er betont die Bedeutung der Tonsillenerkrankung in Fällen, wo locale Beschwerden nicht oder kaum existiren. So spielen die acuten Entzündungen der Pharynxmandel eine grosse Rolle bei den unerklärten Temperaturerhöhungen der frühesten Kindheit. Sie kommen namentlich vor bei Adenoid und verschwinden nach der Adenotomie. Das Drüsenfieber ist in der Mehrzahl der Fälle als eine acute Pharyngitis retronasalis und Amygdalitis pharyngea mit in den Vordergrund tretenden regionären Lymphdrüsenschwellungen erkannt. H. bespricht die chronische Adenoiditis mit langwierigen Temperatursteigerungen, bei der die Adenotomie oft, aber nicht immer Heilung bringt.

Beim Säugling kommt eine deutlich zu palpirende, gelappte Masse im Nasopharynx häufig vor. Oft sind die Störungen gering. Bei vielen von diesen Kindern wird man später wiederholentlich an diese Affection erinnert: Pseudocroup, Ohrenentzündungen, Temperatursteigerung, acute Adenoiditis, Convulsionen, Laryngospasmus.

Das Adenoid ist oft eine Aeusserung einer allgemeinen „lymphatischen Diathese". Dadurch aber wird die Bedeutung der localen Behandlung nicht verringert. Asthmatisch-bronchitische Zustände befallen vorzugsweise Kinder mit Tonsillarhypertrophien. In der Regel gehen die Anfälle mit acuten Entzündungen in den ersten Luftwegen und oft bereits mit Mandelvergrösserung einher. Hier lässt die Mandel- und Adenoidoperation oft im Stich. Eine Anzahl anderer, als Reflexerscheinungen von Adenoid beschriebener Erscheinnngen, wie Enuresis, Asthma, Epilepsie, hartnäckiger Husten, Convulsionen, heilen nur selten nach Adenotomie, wenn diese auch aus anderen Gründen angezeigt und nützlich sein kann.

Die Indicationen der Tonsillen- und Adenoidoperation sind für den Kinderarzt die nämlichen wie für den Halsarzt. Der Kinderarzt wird oft kleine Kranke, welche nie den Verdacht auf Adenoid erweckt haben, zum Halsarzt verweisen und ihnen also den einzigen, lange versäumten Weg zur Heilung von langwierigen Krankheitszuständen zeigen.

Discussion:

Braat (Arnheim) kann sich mit der von Struycken empfohlenen Chloroformnarkose für die Adenotomie nicht einverstanden erklären. Er hält für diese Operation, wie wohl fast alle holländischen Halsärzte, die Narkose für überflüssig,

weil sie neue Gefahren herbeiführt. Auch meint er, dass es nicht erwünscht sei, mit der Adenotomie eine Nasenoperation zu verbinden, welche meistens überflüssig ist und andernfalls später geschehen kann.

Quix schliesst sich dem Vorredner an. Die Narkose ist unnöthig. Nasenoperationen sollen bei jungen Kindern in der Regel unterbleiben. An der Nasenscheidewand soll nicht vor Abschluss des Zahnwechsels operirt werden.

Burger hegt Bedenken gegen die zahlreichen statistischen Zahlen von Struycken, die nur als Schätzungen betrachtet werden können, weil es ja unmöglich ist, sämmtliche operirte Kinder in genügender Weise zu verfolgen.

Zwaardemaker (Utrecht) hält gleichfalls eine Umarbeitung dieser Statistik für nothwendig, weil Krankheitsbilder und einfache Symptome durcheinander geworfen sind.

Struycken giebt zu, dass die Heilungszahlen seiner Statistik nur approximative sind, weil ihm für die Abfassung seines Referates nur ganz wenig Zeit zur Verfügung stand. Früher hat er ohne Narkose operirt, sah aber dabei vielfach Recidive. Dann hat er Bromäthyl, Chloräthyl, Chloroform durchprobirt und ist schliesslich mit dem Chloroform durchaus zufrieden. Das gleichzeitige Operiren einer verengten Nase hält er in vielen Fällen für erwünscht, weil sich dann die Missbildung des Gesichts und des Gaumens weit schneller und sicherer herstellen. Die Scheidewand operirt er nur nach dem Zahnwechsel.

H. Burger.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juni 1909.

Hempel stellt einen Patienten mit Naevus vasculosus des Rachens und Kehlkopfes vor. Lebhafte Röthung der linken Rachenseite, fleckweise Injection des linken Tubenwulstes, Röthung des Zungengrundes der linken Seite der oralen Fläche der Epiglottis und des Sinus piriformis.

Scheier zeigt einen Patienten mit Lupus des Kehlkopfes; starke körnighöckrige derbe Geschwulst an Stelle des rechten Taschenbandes.

Sturmann: Zur intranasalen Eröffnung der Kieferhöhle.

Einschneiden im Naseneingang auf die Apertura piriformis, Abheben von Weichtheilen und Periost von der facialen Knochenwand um die Apertur herum, Blosslegen der nasalen Knochenwand, Einschlagen der Apertur mit dem Meissel und Entfernung des abgeschlagenen Stückes und, soweit nöthig, der Knochenwände, alles unter Lokalanästhesie (Cocain. mur. 1,0, Tr. Jod. Acid. carbol. ana 0,3, Glycerin. puriss. 10,0, Aq. dest. ad 100,0 auf 1 ccm Zusatz von gtt 2. Suprarenin). Man erhält so einen ausgezeichneten Ueberblick über die Höhle.

Davidsohn zeigt eine Patientin mit Pulsation der Tonsillen bei Aortenaneurysma und -insufficienz.

Scheier: Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.

Sch. bespricht — nach Erwähnung seiner früheren einschlägigen Arbeiten —

die Wichtigkeit dieser Methode, die typischen Aufnahmen in den verschiedenen Richtungen und die Technik mit ihren Fehlerquellen. Unter Demonstration zahlreicher Skiagramme behandelt er die Bedeutung der Methode für die Nebenhöhlenempyeme und betont die Vorzüge derselben gegenüber der Durchleuchtung. Auch acute Empyeme geben meist Verschleierungen auf dem Negativ. Bei geheilten chronischen Eiterungen tritt nicht immer Aufhellung ein.

Dann geht er ein auf die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Nebenhöhlentumoren und -fremdkörper, Zahnerkrankungen, für die Physiologie der Stimme und Sprache und die Behandlung des Lupus und Rhinoskleroms.

Peyser: Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.

Wenn sie auch nicht bei jeder Nebenhöhleneiterung nöthig, so ist sie doch ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Zu ihrer Verwerthung gehört die Kenntniss der Röntgentechnik und der photographischen Hilfsmittel. Bei Reproductionen laufen leicht Irrthümer unter; das Haupthilfsmittel für die Diagnose ist das Originalnegativ. Neben der Röntgenuntersuchung müssen alle anderen Untersuchungsmethoden angewendet werden.

Jedes acute und chronische Oberkieferhöhlenempyem ist von der Röntgenplatte mühelos abzulesen; geheilte Höhlen können auch noch Schatten geben. Erkrankungen des Siebbeins, besonders des vorderen, geben sich auf der Platte als Schleier zu erkennen; aber eine genauere Localisirung ist kaum möglich.

Es ist nicht immer möglich, die Grössenverhältnisse der Stirnhöhle von dem Röntgenbild abzulesen. Die Keilbeinhöhlenaufnahmen sind am besten seitlich zu machen. (Demonstration einer grossen Reihe von Röntgenbildern.)

Die Discussion wird vertagt.

Gräffner: Larynx und multiple Sklerose.

G. hat 39 Fälle beobachtet und fand in mehr als 50 pCt. der Fälle im Kehlkopfe Veränderungen stabiler und labiler Art. Ueberwiegend und in einer für die Sklerose charakteristischen Weise treten letztere in den Vordergrund; unter ihnen sind Tremor und Ataxie, letztere zumal bei der Abduction, am auffallendsten, jedoch kommen auch Muskelparesen, besonders der Postici und Interni in Betracht.

A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Sitzung des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie.

Budapest, September 1909.

Gelegentlich des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses trat auch das permanente Comité für die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse zusammen. Dieses Comité wurde, wie erinnerlich, auf einen Beschluss des im vorigen Jahre in Wien abgehaltenen Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses gebildet und besteht aus folgenden Mitgliedern: Chiari (Wien), Fränkel (Berlin), Hellat (St. Petersburg), Lefferts (New-York), Massei (Neapel), Moure (Bordeaux) und Semon (London). Semon hatte seinen Rücktritt angezeigt und seine Stelle an Dundas

Grant, derzeitigen Präsidenten der Laryngological Section der Royal Society of Medicine, abgetreten.

Für die abwesenden Herren Fränkel, Hellat und Lefferts traten ein: P. Heymann (Berlin), Lubliner (Warschau) und Gleitsmann (New-York). Der Unterzeichnete wurde als Herausgeber des Internationalen Centralblatts cooptirt und ihm das Amt des Schriftführers des Comités übertragen.

Nachdem, einer Anregung Massei's folgend, der daran erinnerte, dass bereits im Jahre 1870 auf die Initiative des kürzlich verstorbenen Labus in Mailand ein internationaler Laryngologencongress stattgefunden hatte, beschlossen worden war, demgemäss den nächsten Congress als III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zu bezeichnen, wurde zunächst in Erörterungen über Ort und Zeit des nächsten Congresses eingetreten.

Auf einen Antrag Moure's wurde zunächst beschlossen, um denjenigen, die gleichzeitig Laryngologie und Otologie betreiben, den Besuch beider Fachcongresse zu erleichtern, dass in Zukunft der Internationale Laryngo-Rhinologencongress an demselben Ort wie der Internationale Otologencongress abgehalten werden solle, und zwar entweder einige Tage vor diesem oder im unmittelbaren Anschluss an ihn. Der Durchführung dieses Beschlusses stellten sich jedoch bereits für das nächste Mal grosse Schwierigkeiten entgegen. Da nämlich die Otologen als Ort für ihre nächste internationale Zusammenkunft Boston wählten, es aber mit Recht als ein Wagniss für ein so junges Unternehmen, wie es die Laryngologencongresse sind, betrachtet wurde, einen Ort zu wählen, der wegen der grossen Opfer an Zeit und Geld wohl nur von wenigen Nichtamerikanern besucht werden würde, so musste für das nächste Mal davon Abstand genommen werden, an demselben Ort, wie die Otologen zu tagen. Aus demselben Grunde musste auch vorläufig dankend darauf verzichtet werden, eine seitens der amerikanischen Collegen vorliegende Einladung, den nächsten Congress in den Vereinigten Staaten abzuhalten, anzunehmen. Da zur Zeit, als das Comité tagte, noch keine Entscheidung darüber vorlag, wo der nächste internationale allgemeine Medicinische Congress abgehalten werden würde, die Wahl des Ortes für den Laryngologencongress aber auch von dem Ausfall dieser Entscheidung mit abhängig gemacht werden musste, so konnte ein definitiver Beschluss nicht gefasst werden. Man kam vielmehr dahin überein, dass nach dem Bekanntwerden des für den nächsten allgemeinen Medicinischen Congresses gewählten Ortes der Vorsitzende des Comités mit den Vertretern Deutschlands, Englands und Frankreichs sich bezüglich der Wahl des Ortes für den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress ins Einvernehmen setzen solle.

(Inzwischen ist bekanntlich als Ort für den nächsten Allgemeinen Internationalen Congress London gewählt worden; damit fällt natürlich der im Schoosse des Comités erörterte Gedanke, den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress nach London zu verlegen, fort.)

Die Schwierigkeiten bezüglich der Wahl des geeigneten Zeitpunktes für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse lösen sich von selbst, seitdem in Budapest zum Beschluss erhoben worden ist, die allgemeinen Internationalen Congresse alle vier Jahre stattfinden zu lassen. Da nämlich auch die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse in einem vierjährigen Turnus wiederkehren, so ergiebt es sich als das zweckmässigste, wenn sie immer zwei Jahre nach den allgemeinen Congressen stattfinden und so mit diesen alterniren. Der nächste Internationale Laryngo-Rhinologencongress dürfte demnach im Jahre 1911 stattfinden.

Ferner wurden von Seiten des Comités noch folgende Beschlüsse gefasst:

Das permanente Comité bestimmt die Themata für die Referate und die Referenten.

An jedem Tage wird ein Referat auf die Tagesordnung gesetzt, für das zwei Referenten bestimmt sind.

Jeder Referent ist verpflichtet, dem Schriftführer des Comités mindestens drei Monate vor Beginn des Congresses sein Referat zuzusenden, damit

es, in die Congresssprachen übersetzt, den Congressmitgliedern vor Beginn der Verhandlungen gedruckt zugestellt werden kann.

Die Congresssprachen sind Deutsch, Englisch und Französisch. Wünscht ein Referent, der einer anderssprachigen Nation angehört, dass sein Referat auch in seiner Landessprache gedruckt wird, so bleibt es ihm überlassen, die Uebersetzung in die betreffende Sprache auf seine Kosten vornehmen zu lassen.

Das gedruckte Referat darf den Rahmen von 24 Druckseiten (octav) nicht überschreiten.

Die Vorlesung des ganzen gedruckt vorliegenden Referats ist nicht gestattet. Es werden jedoch dem Referenten 20 Minuten Zeit zugestanden, um sein Thema näher zu erläutern. Finder.

Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches.

Von L. Grünwald.

Auf der XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen hat Siebenmann seine „Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose" in einer Form berichtet, die mich zu einigen Richtigstellungen veranlasst:

1. Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung" erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift. No. 25, veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen, übrigens ebenso unabhängig von der meinigen, als selbstverständlich meine, zeitlich erste, von jenen.

2. Woher Siebenmann das Material zu der Behauptung nimmt, ich neige „wieder nach der älteren Methode der Elektrolyse hin", ist mir unerfindlich. Meine kritische Erwähnung derselben auf Seite 37 meiner Monographie als eines „ratiotionellen" Verfahrens, das aber „in den Hintergrund treten muss gegenüber der Galvanokaustik", giebt wohl keine Berechtigung dazu, noch weniger die auf S. 43 angegebenen „speciellen Indicationen für die endolaryngeale Therapie", bei denen die Elektrolyse gar nicht erwähnt wird.

3. Der galvanokaustische Tiefenstich ist ein genau ebenso kaustisches Verfahren, wie das Brennen mit dem Flachbrenner; die Wirkung ist in erster Linie die Vernichtung durch hohe Hitzegrade.

Ich betone dies gegenüber der (von anderer Seite als S.) zusammenphantasirten Erklärung meines Verfahrens als einer Wirkung des elektrischen Stromes.

Wenn man durchaus einen nichtdeutschen Namen für mein Verfahren gebrauchen will, so kann man nur von Ignipunktur, nicht von Galvanopunktur sprechen.

Ich benutze diese Gelegenheit, um etwas ansdrücklich zu sagen, was ich für selbstverständlich für jeden Kenner der Kaustik hielt:

Der „rothe Schein in der Trachea resp. im unteren Kehlkopfinnenraum", der das Durchkommen des Brenners durch ein prominentes Infiltrat verräth, beruht natürlich nicht darauf, dass der Brenner nur rothglühend aufgesetzt worden wäre; denn dann würde er unwirksam im Gewebe erkalten; um im Gewebe noch rothglühend zu bleiben, also zu brennen, durch Hitze zu vernichten, muss er vorher weissglühen. Innerhalb des Gewebes aber bleibt kein Brenner mehr weissglühend, sondern wird, selbst bei unmittelbarer Verkohlung seiner Umgebung durch Abkühlung seitens derselben rothglühend.

Wenn man sich an einzelne, dem Zusammenhange nach vollkommen anders verständliche Ausdrücke u. s. w. hängen will, könnte man ja auch die Siebenmann'sche „Methode" als Aetzung bezeichnen („wir beschränken uns nicht

darauf, nur einzelne Punkte der erkrankten Partie zu sticheln, sondern wir verätzen . . ."), wofür sich S. mit Recht bedanken würde.

Im Uebrigen: Siebenmann's „Methode" unterscheidet sich von meinem Verfahren absolut in nichts Wesentlichem, ausser in der Anwendung eines spiral- oder halbkugelförmigen Brenners. Die Vortheile des viel tiefer dringenden und die Oberfläche besser schonenden Spitzbrenners werden voraussichtlich bald auch von ihm entdeckt werden, denn: „Einen bedeutenden Fortschritt wird uns die Anwendung der Forest'schen Nadeln bringen". In die Tiefe zu dringen, weil dort die Herde häufig sitzen, also „tief bis in die Submucosa eventuell bis auf den Knorpel hinein", entspricht nur den von mir anatomisch begründeten Principien des Tiefenstichs.

4. Die S.'sche Statistik veranlasst mich, neuerdings auf die Werthlosigkeit oft schon in ihren Zahlenangaben anfechtbarer Statistiken in der vorwürfigen Frage hinzuweisen, in der „nur ausführliche, der Kritik Anhalt gebende Krankengeschichten" (Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses, S. 411) am Platze sind. Bei nächster Gelegenheit werde ich in dieser Form auf meine neuerlichen Erfahrungen zurückkommen.

Obige Bemerkungen von Herrn Grünwald werden, soweit als sie eine Antwort verdienen, in einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit meines Schülers, Dr. Bezi aus Warschau, Berücksichtigung finden. F. Siebenmann.

Berichtigung.

In die Briefkastennotiz der vorigen Nummer hat sich ein bedauerlicher Irrthum eingeschlichen. Es wird dort von Butlin als dem „Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilnng für Halskrankheiten am St. Bartholomews-Hospital" gesprochen. Wie allgemein bekannt ist und wie in dem Leitartikel über Semon's Abschiedsfeier (August-Nummer d. J.) von uns auch angegeben wurde, war Semon 15 Jahre lang leitender Arzt des Departements für Halskrankheiten am St. Thomas-Hospital. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, November. 1909. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **O. Chiari** (Wien). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress, abgehalten vom 21. bis 25. April 1908 in Wien. Schlussrede.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 187. 1908.*

Kurze Vorgeschichte des Congresses und Danksagung an alle, die sich um den Congress verdient gemacht haben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

2) **A. Rosenberg** (Berlin). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress. Türck-Czermak-Gedenkfeier. Wien, 21. bis 25. April 1908.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 182. 1908.*

Verf. beschäftigt sich mit der Frage:

„Was hat uns dieser Congress gezeigt und was können wir aus ihm lernen?" „Mit Befriedigung und Genugthuung können wir feststellen, dass die Laryngo-Rhinologen durch ihre Arbeiten von neuem bewiesen haben, dass sie sich jeder specialistischen Einseitigkeit enthalten, immer den Zusammenhang ihres Faches mit der Gesammtmedicin im Auge behalten und die Beziehungen der Erkrankungen der oberen Luftwege zu denen anderer Organe in den Kreis ihres Studiums ziehen."

Auf die Beziehungen zu anderen Specialfächern geht Verf. des Näheren ein.

Der grosse Umfang des Materiales allein, das schon nicht gänzlich aufgearbeitet werden konnte, spricht, abgesehen von anderen Gründen, auf die Verf. weiter eingeht, gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie auf Congressen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

3) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkte, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.** (Referat, erstattet dem Laryngo-Rhinologencongress in Wien.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 104. 1908.*

Zum Schlusse des Referates betont Verf., dass der Unterricht und die Prüfung des rhino-laryngologischen Faches in den verschiedenen Ländern wenig ein-

heitlich und fast nirgends der Bedeutung entsprechend ist, welche der Laryngologie zuerkannt werden muss. Deutschland sei in dieser Beziehung noch am besten bestellt.

Was das Streben nach Vereinigung von Laryngologie und Otiatrie anbetrifft, so würde dadurch ein Gebiet geschaffen, welches kaum mehr als eine Specialität betrachtet werden könnte. Für die Laryngologie sei dabei die Gefahr vorhanden, dass sie allmählich zu einem Nebenfach der Otiatrie herabsinkt. Der beste Schutz dagegen sei wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Laryngologie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

4) **O. Chiari** (Wien). **Ist es zweckmässig, die Laryngo-Rhinologie einerseits und die Otologie andererseits an ein- und derselben Klinik zu lehren?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 357. 1908.*

5) **B. Fränkel** (Berlin). **Laryngologie und Otologie. Keine Vereinigung, sondern Trennung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 364. 1908.*

Beide Aufsätze ergänzen einander. Beide Autoren treten mit gewichtigen Gründen für Trennung von Laryngologie und Otologie ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Botey** (Barcelona). **Zwanzig Jahre oto-rhino-laryngologischer Praxis. (Veinte anos de practica oto-rino-laringologica.)** *Archivos de rinologia. No. 138—150. 1909.*

Sehr interessante und reichhaltige Arbeit, die ein Ergebniss der langen practischen Erfahrung des Verf.'s darstellt.

TAPIA.

7) **M. Grossmann** (Wien). **Ueber Dyspnoe und Apnee.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 7. 1909.*

Die einen zusammenfassenden Ueberblick über drei in der Wiener laryngologischen Gesellschaft gehaltene Vorträge enthaltende Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

8) **Marage. Die Athmung bei den Sängern. (La respiration chez les chanteurs.)** *Académie des Sciences. 26. April 1909.*

Verf. schliesst: Damit die Athmung eine gute sei, ist es nöthig, dass der Brustkorb sich nach allen Richtungen hin ausdehnt. Die vitale Capacität muss zu dem Alter, der Figur etc. im Verhältniss stehen. Der Lehrer sollte für jeden Gesangsschüler eine Tabelle anlegen, auf der ausser dem Gewicht, dem Thoraxumfang etc. die Athmungscurve verzeichnet sein soll.

GONTIER de la ROCHE.

9) **E. Aron** (Berlin). **Die Prognose der Aorten-Aneurysmen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 773. 1909.*

A. erwähnt einen Fall von Aortenaneurysma, bei dem durch das Röntgenverfahren die Diagnose sehr frühzeitig gestellt und im Verlauf von 12 Jahren dank der consequenten energischen antisyphilitischen Therapie (Jod und Quecksilber) keine Verschlimmerung eingetreten ist.

In jedem unklaren Falle von Recurrenslähmung soll eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbes vorgenommen werden.

OPPIKOFER.

10) **Boinet** (Marseille). **Ueber ein neues Symptom des Aortenbogen-Aneurysmas. (Sur un nouveau signe de l'aneurysme de la crosse de l'aorte.)** *Académie de médecine. October 1907.*

Das Symptom besteht in: Traction des Kehlkopfs nach unten und Unbeweglichkeit desselben. Verf. hält es für pathognomonisch für die Aneurysmen des Aortenbogens.

GONTIER de la ROCHE.

11) **George B. Woods. Die Bedeutung der oberen Respirationswege für die Aetiologie cryptogener Infectionen, besonders für die Pleuritis. (The importance of the upper respiratery tract in the etiology of cryptogenic infections, especially in relation to pleuritis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Bei einer Reihe von Experimenten mit verschiedenen Bakterien wurden niemals in den Tonsillen Immunkörper gefunden. Verf. nimmt als warscheinlichsten Grund dafür an, dass lösliche Substanzen, wie es die Immunkörper sind, sich nicht in grösserer Menge in den Tonsillen ansammeln können, sondern in den Blutkreislauf übergehen. Wir sind infolge des mangelnden Nachweises von Immunkörpern bisher nicht im Stande, über den Grad der vitalen Resistenz des Tonsillargewebes ein Urtheil abzugeben.

Verf. hat bei 37 Fällen von Lungentuberculose bei der Section nur in 3 Fällen in den Tonsillen keinerlei Zeichen von Tuberculose gefunden. Von den übrigen 34 Fällen wiesen 27 absolut typische tuberculöse Veränderungen in den Tonsillen auf, 2 hatten wahrscheinlich Tonsillartuberculose und die übrigen 3 können nicht verwerthet werden, weil die mikroskopische Untersuchung sich nicht über die ganze Tonsille erstreckte.

Die für viele Fälle als sicher nachgewiesene Entstehung von acuten Infectionen (Nephritis, Endocarditis, Pneumonie, Pleuritis, Appendicitis, Rheumatismus etc.) nach Angina zeigt mit Sicherheit, dass die Mikroorganismen von der Tonsille in das Blut übergehen können. Da aber Mikroorganismen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen oder gar nicht durch normale Gefässwände hindurchpassiren können, so geschieht der Uebergang in das Blut auf dem Wege durch die cervicalen Lymphdrüsen und durch den jugularen Lymphstrang. Da die cervicalen Lymphdrüsen eine starke Barrière bilden, so erkranken von den Anginakranken nur wenige an Allgemeininfectionen. Dagegen werden die in den Tonsillen vorhandenen Toxine fast stets vom Blut aufgenommen, daher die oft schweren Allgemeinerscheinungen bei Angina.

Verf. meint nun, dass bei Personen, die an häufigen Attacken von Pleuritis — vielleicht in Zusammenhang mit Lungenaffectionen — gelitten haben, eine Toxinaufnahme von den Tonsillen her, die bei gesunden Personen vielleicht ohne weitere Bedeutung ist, eine directe excitirende Ursache für weitere Pleuritiden abgeben könne. In den selteneren Fällen, wo die Bakterien selbst in das Blut übergehen, können sich jene, wenn die Pleura aus irgend welchem Grunde einen locus minoris resistentiae darstellt, dort ansiedeln und entwickeln. Auch kann bei einer eitrigen Einschmelzung einer Supraclaviculardrüse mit anschliessender Periadenitis die nahe liegende Pleurakuppe per continuitatem inficirt werden.

EMIL MAYER.

12) **Hecht** (München). **Demonstrations-Vortrag.** (Gehalten in der laryngo-otologischen Gesellschaft München am 4. November 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 375. 1908.*

Bericht über einige klinisch interessante Fälle und Demonstration zugehöriger Präparate.

1. Chronische Siebbein-Kieferhöhleneiterung mit Alveolarfistel, Radicaloperation nach Denker, versprengter Zahn in der lateralen, orbitalen Bucht der Kieferhöhle.

2. Aus der Kieferhöhle entstammende Schleimhautcyste der linken Nase.

3. Erschwerte Deglutition ohne nachweisbare Ursache (Hysteria virilis?).

4. Demonstration mehrerer Röntgenphotographien der Nase und ihrer Nebenhöhlen behufs differential-diagnostischer Besprechung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

13) **Otto Mayer** (Nürnberg). **Zur Bakteriologie und specifischen Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

In einer auf obiges Gebiet sich beziehenden casuistischen Mittheilung empfiehlt M. die Entnahme des Nasenrachensecretes in der Weise, dass er ein 16 cm langes Glasröhrchen von 3 mm Durchmesser, in dessen Inneren sich ein mit Watte armirter Eisendraht befindet, durch den unteren Nasengang bis in den Nasenrachenraum einführt. Sodann wird der Watteträger in dem Röhrchen in die hintere Wand des Nasenrachenraumes vorgeschoben, etwas Secret daselbst abgewischt, der Watteträger wieder in das Röhrchen hineingezogen und mit demselben entfernt. Röhrchen, Watteträger etc. werden vor dem Gebrauch sterilisirt. Diese Methode sichert die Herkunft des Secretes, ist für den Patienten weniger unangenehm, wie bei der Entnahme vom Munde aus und vermeidet eine durch die bei der anderen Methode meist ausgelösten Hustenstösse bestehende Infectionsgefahr für den Arzt.

HECHT.

14) **Oskar Orth** (Ensheim). **Beitrag zur Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Mit 2 Fiebercurven. Münch. med. Wochenschr. No. 42 1908.*

Orth bespricht die verschiedenen Methoden zur Behandlung der Genickstarre und bezeichnet die Serumtherapie im Verein mit der Lumbalpunction als zur Zeit aussichtsreichste Behandlung. Es handle sich jetzt „nicht mehr darum, ob Serum überhaupt zu geben sei, sondern welches Serum, wann und auf welchem Wege dasselbe zu verabfolgen sei“. Die „systematische intradurale Serumtherapie“ verspricht wohl, zumal bei möglichst frühzeitiger Application, die besten Erfolge. Autor berichtet über zwei einschlägige Fälle, die mit Aronson'schem Serum geheilt wurden. Das Serum wurde anfangs nach ausgeführter Lumbalpunction subcutan einverleibt, später mit besserer und prompterer Wirkung intradural.

HECHT.

15) **H. Holbrook Curtis. Anwendung von Culturen von Milchsäurebacillen in der Rhino-Laryngo-Otologie. (Lactic acid bacilli cultures in nose, throat and ear work.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1908.*

Verf. will die Milchsäurebacillen z. B. benutzen, um die Eitererreger bei

Nebenhöhlenerkrankungen zu zerstören. Zu diesem Zweck sprayt er 1 ccm der Bouilloncultur in den mittleren Nasengang oder spritzt sie durch einen Metallkatheter in die Kiefer-, Stirn- oder Keilbeinhöhle. Verf. hat eine bisher geringe Zahl von Fällen mit anscheinend günstigem Erfolg und ohne dass Nebenerscheinungen auftraten, behandelt. Er bezeichnet selbst seine Mittheilung als eine vielleicht etwas verfrüht erscheinende.

LEFFERTS.

16) **St. v. Stein. Ueber den therapeutischen Werth der Kohlensäuredouchen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden.** *Arbeiten aus der Universitätsklinik für Ohren-, Hals- und Nasenleiden in Moskau. 3. 1908.*

St. applicirt das CO_2-Gas gewöhnlich unter einem Druck von $^1/_2$ Atmosphäre, das er aus einem flüssige Kohlensäure enthaltenden und mit einem Reductionsventil versehenen Stahlcylinder durch einen dickwandigen Gummischlauch entweichen lässt. Bei angehaltenem Athem wird bis zur nächsten Exspiration das Gas in die Nase geleitet und so fort etwa 1 Minute lang, bis vollständige Anästhesie eingetreten ist. Dann kann es bis zu $^1/_4$ Minute ununterbrochen einströmen. Das cavernöse Gewebe contrahirt sich und bleibt bei acuter und subacuter Rhinitis die Nase oft 24 Stunden frei; zuweilen wurde der Schnupfen coupirt. Die CO_2-Douche entfernt mechanisch den Schleim und stellt den Geruch rasch wieder her. Ihre Wirkung ist noch günstiger nach vorheriger Anästhesirung der Schleimhaut durch Cocain-Adrenalin. Wahrscheinlich dringt das Gas auch in die Nebenhöhlen ein.

Bei katarrhalischer Pharyngitis und Laryngitis schwindet nach Leitung des Gases auf die hintere Rachenwand bald das Gefühl des Prickelns, Brennens und der Husten. Ausserdem verwandte St. unter Druck von 3—4 Atmosphären befindliche Kohlensäure zur „Hochdruckluftmassage".

A. ROSENBERG.

17) **Agostino Borini. Ein neuer Inhalationsapparat. (Di un nuovo apparecchio inalatore.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. Mai 1909.*

Kleines, mit der zu inhalirenden Substanz beschicktes Fläschchen, das zwei in die Nasenlöcher einzuführende Glasfortsätze hat.

FINDER.

18) **Alessandro Peri** (Sestri Ponente). **Ueber ein neues Inhalationsverfahren. Trocken-Inhalator Koerting. (Di un nuovo metodo di terapia inalatoria. Inalatore a secco Koerting.)** *Arch. Ital di Otologia etc. 1. Juli 1909.*

Verf. theilt die Erfahrungen mit, die er in Sestri Ponente mit dem nach dem Modell des in Kösen in Betrieb befindlichen Koerting'schen Trockeninhalators von der Società anonima Italiana Koerting construirten Apparat gemacht hat. Auf Grund seiner Erfahrungen, die er bei acuten und chronischen Katarrhen der Nase, des Pharynx und der Trachea, bei chronischer Bronchitis, bei den verschiedenartigsten lymphatischen Affectionen der Kinder, aber auch bei Arteriosklerotikern und bei Magen-Darmaffectionen (?) gemacht hat, kommt Verf. zu der Ueberzeugung, dass das Koerting'sche System das vollendetste und wirksamste ist, das es giebt.

FINDER.

19) **Botey** (Barcelona). **Ein Besuch im balneotherapeutischen Institut von Mont Dore. (Una visita al establecimiento balneo-terapico de Mont-Dore.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

Verf. schildert die in diesem Institut für die Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten vorhandenen Einrichtungen.

TAPIA.

20) **John Leshure. Die physiologische Wirkung starker Cocain-Adrenalinlösung. (The physiological action of strong Cocaine-Adrenalin solutions.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Um einen möglichst hohen Grad von Ischämie und Anästhesie zu erzielen, bei einem Minimum von allgemeiner Resorption der Präparate, ist es nöthig, Lösungen von hoher Dichtigkeit anzuwenden, die nicht leicht in die grossen Gefäss- und Lymphgefässe hineingehen.

Man muss den verdünnenden Einfluss des abgesonderten Secrets berücksichtigen und die mit Cocain-Adrenalinlösung beschickten Wattetampons öfters erneuern.

LEFFERTS.

21) **M. Lermoyez** und **Ch. Aubertin. Die toxischen Wirkungen des Adrenalins bei Anwendung auf der Nasenschleimhaut.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 9.*

Versuche, die die Autoren an Kaninchen angestellt haben, ergeben, dass bei monatelanger Einführung von Adrenalin in die Nasenhöhle die Thiere an Lungenödem zu Grunde gehen. Bei der Section der Thiere fand sich regelmässig Hypertrophie des Herzmuskels. Es ist daher eine grosse Vorsicht bei Anwendung in der Rhinologie angezeigt. Vorsichtige Pinselungen der Nasenschleimhaut mit der Lösung von $^1/_{5000}$ Adrenalin sind gestattet. Grössere Concentrationen sind selten (Gumma, Rhinolithen) nöthig. Zur Subcutaninjection soll die Dosis von 1 mg nicht überschritten werden, eher sollen nur Dosen von 10—12 Tropfen der bekannten Lösung ($^1/_{100}$) verwendet werden. Angezeigt ist, zum Verstäuben von Adrenalin und Cocain sich an folgende Formel zu halten:

Coc. mur. 0,25
Adrenal. sol. 1 $^0/_{00}$ 5,00
Aq. dest. 20,00.

Nach Cauterisationen und sonstigen Eingriffen in der Nase leistet diese Lösung, in die Nase wiederholt am Tage verstäubt, sehr gute Dienste, indem sie reactionelle Schwellung bekämpft. Hingegen sind die Patienten sehr davor zu warnen, vom Adrenalin einen über Wochen sich hinziehenden Gebrauch zu machen, wie z. B. Patienten mit serösem Schnupfen, nasalem Asthma etc. so leicht versucht sind, es zu thun. Die obengenannten Thierexperimente zeigen, dass die Gefahr einer dauernden Schädigung des Herzens mit Gefahr des acuten Lungenödems besteht.

LAUTMANN.

22) **L. Löwenstein** (Elberfeld). **Eine neue Speicheltasche bei Mund-, Hals- und Nasenoperationen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die ähnlich den bisherigen Gummibeuteln aus wasserdichtem Papier angefertigte Tasche hat sich dem Autor gut bewährt. Jeder Patient erhält eine frische

Tasche, die sofort nach dem Gebrauch mit dem Inhalt vernichtet wird. Die von der Firma Hermann Möller Fritz Sohn, Elberfeld, Herzogstrasse gelieferte Tasche kostet 12 Pf. das Stück.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **A. Peyser** (Berlin). **Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 127. 1908.*

Im Grossen und Ganzen sind die Befunde, die in dieser Arbeit wiedergegeben sind, übereinstimmend mit den Befunden Killian's und Albrecht's. „Man wird in dem Röntgenverfahren nicht ein diagnostisches Mittel sehen dürfen, das den Arzt in bequemer Weise der Untersuchung mit den bisherigen mühevollen Methoden überhebt, sondern in ihm neben der Inspection, Sondirung, Durchleuchtung, Abdämmung etc. ein werthvolles Bestätigungsmittel begrüssen, das vielfach im Stande ist, die Probepunktion, Probeausspülung, Fracturirung oder Resection des vorderen Theils der mittleren Muschel entweder überflüssig zu machen oder zu rechtfertigen. In Ausnahmefällen, z. B. Verlegung der Nasenseite durch Septumdeviationen, die eine Beobachtung der Nebenhöhlenmündungen nicht gestatten, ist das Verfahren besonders werthvoll.“

Verf. stellt den Grundsatz auf, dass jedes acute oder chronische Empyema antri Highmori von der Röntgenplatte mühelos abzulesen ist, am bequemsten bei einseitiger Affection, die eine Vergleichung gestattet; bei dickem Knochen übertrifft sogar das Röntgenverfahren die Diaphanoskopie, ebenso im Nachweis kleiner Herde in Kieferhöhlen oder Zähnen.

Auch bei Veränderungen im Siebbeinlabyrinth, besonders im vorderen, geringen wie erheblichen, erkannte Verf. Verschleierung. Verf. betont, dass zwar ein deutlich verschleiertes Siebbeinbild den Schluss auf Erkrankung zulässt, nicht aber ein klar gefundenes Siebbeinbild das Fehlen eines kleinsten Herdes beweist.

Verf. bestätigt auch die leichte Erkennung des Stirnhöhlenempyems auf der Röntgenplatte, beweist aber durch genaue Wiedergabe eines Falles, dass es in complicirten Fällen, wo zu erheblichen Veränderungen sich noch Verdickungen des Knochens gesellen, kaum zu ermöglichen sein dürfte, eine annähernd genaue Bestimmung der Grössenverhältnisse der Stirnhöhlen zu geben.

Was die Wiedergabe der Keilbeinhöhle auf der Röntgenplatte betrifft, so schliesst sich Verf. nicht der Meinung Burger's und Kuttner's an, dass es überhaupt nur vereinzelt gelänge, die normalen Conturen einer Keilbeinhöhle zu Gesicht zu bekommen.

Verf. bekommt bei den Aufnahmen des Warzenfortsatzes nach Voss im schrägen Durchmesser fast immer, wenn auch verzeichnet, die Keilbeinhöhle zu Gesicht. Man erhält ganz gute Resultate, wenn man die Platte der Sagittalebene möglichst parallel bringt. Die schräge Aufnahme im sagittalen Durchmesser hat nach Verf. den Vorzug, dass man, während die Seiten sich sonst völlig decken, ein, wenn auch mit Vorsicht zu gebrauchendes Urtheil über eine Seite ganz, über die andere durch die Randparthie gewinnt.

Zahlreiche Abbildungen und Krankengeschichten dienen zur Erläuterung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. S. 378. 1908.*

Im Gegensatz zur endonasalen oder, wie sie nicht eben schön genannt wird, zur „Nasenlöcherkleinchirurgie“, zieht der Autor die „grosschirurgische Eröffnung der Nase“ vor, nicht nur bei bösartigen Tumoren, wo ja die radicalste Methode angezeigt ist, sondern auch bei gutartigen Processen; er meint damit einer nöthigen Gründlichkeit und Uebersichtlichkeit beim Operiren genügen zu müssen und stellt damit im Verhältniss zu den Erkrankungen sehr weitgehende Indicationen.

Die Methoden an sich sind technisch gut durchgebildet und übersichtlich.

Zuerst wird zur Freilegung der tieferen Theile der Nase das Herunterklappen des harten Gaumens beschrieben.

Zur Freilegung des Nasendaches entfernt der Autor 1. die faciale, 2. die nasale Kieferhöhlenwand, 3. die untere Muschel, 4. das Zwischenstück zwischen facialer Kieferhöhlenwand und Apertura piriformis, 5. den aufsteigenden Oberkieferfortsatz, nachdem die Gesichtsweichtheile stark nach oben gezogen („decorticirt“) sind.

Der Verf. betrachtet es als Aufgabe des Nasenarztes, den Theil der Gehirnbasis, der über der Nase gelegen ist, operativ zu erschliessen. Dem kann man nur beipflichten.

Er giebt einen Weg an, um Tumoren der Hypophyse zu erreichen.

Nach Freilegung des Nasendaches, wie oben beschrieben, wird ein horizontaler Schnitt durch die Gesichtshaut der Stirngegend von der einen Augenbraue zur anderen gemacht, darauf ein 6 cm langer, senkrecht aufstehender Schnitt gesetzt, der nach Abmeisselung der beiderseitigen vorderen Stirnhöhlentafeln nach unten über den Nasenrücken bis zum Ansatz des Knorpeltheils verlängert und von da seitlich längs der Knorpelknochengrenze verlängert wird. Nach einem Sägeschnitt dicht neben der Mittellinie durch das Nasenbein kann jederseits der Knochenweichtheillappen, der der Seitenwand der Nase entspricht, nach aussen umgeklappt werden: „Thürflügeleröffnung der Nasenhöhle“. Dann wird das Nasenseptum an der oberen und hinteren Kante abgeschnitten, seitlich umgelegt und resecirt. Jetzt liegt die vordere Wand der Keilbeinhöhle zu Tage, deren vordere und obere Wand nur entfernt zu werden braucht, um an die Hypophyse zu gelangen.

Verf. schlägt diesen Weg nur für Neubildungen vor, die nach der Keilbeinhöhle zu gewachsen sind.

ALBANUS (ZARNIKO).

25) **Kuttner** (Berlin). **Ueber Indicationen zur Radicaloperation bei entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11 1908.*

Der Autor wendet sich gegen eine kritiklose Anwendung der Radicaloperationen der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase: Wo ernste Complicationen nicht vorliegen, genügt erst einmal die endonasale Behandlung, die die Gefahr eines Uebergreifens der Erkrankung auf benachbarte Organe ausschaltet, das Leben des Patienten nicht gefährdet und erfahrungsgemäss bei leichteren Fällen zufriedenstellende Resultate verbürgt.

In der Diskussion über die Vorträge von Löwe und Kuttner (Berliner

klin. Wochenschr., 1909, S. 422 ff.) spricht sich Lublinski (Berlin) im Sinne Kuttner's aus.

Finder (Berlin) theilt mit, dass sich jetzt ein Patient in seiner Behandlung befinde wegen ziemlich grosser Beschwerden (leichte Sattelnase, rechtsseitiges Thränenträufeln, hochgradige Rhinitis atrophicans, Luxation des Septums nach einer Seite, Nasenpolypen), den Löwe vor einem Jahr nach seiner radicalen Methode zur Freilegung des Nasendaches operirt hat (wie Löwe ohne nähere histologische Details angiebt, wegen eines „vom Nasendach seiner ganzen Ausdehnung nach entspringenden,derben, mächtigen Tumors, an dessen unterem Ende Polypen sassen").

Fedor Krause (Berlin) hält den von Löwe vorgeschlagenen Weg, zur Hypophyse zu gelangen, für einen der technisch schwierigsten und gefährlichsten Eingriffe wegen der Engigkeit des Terrains und der Gefahr der Nähe des Sinus cavernosus und der Art. carotis interna cerebralis.

Borchardt (Berlin) erkennt die gute anatomische Durchbildung des Löwe-schen Vorschlages an, steht aber im Allgemeinen der Inangriffnahme der Hypophysentumoren skeptisch gegenüber.

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Nager** (Zürich). **Ueber die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlauf des Scharlachfiebers.** *Medic. Klinik. 25. 1909.*

Es wird dem Practiker erwünscht sein, auf die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlaufe des Scharlachs durch das Uebersichtsreferat von Nager aufmerksam gemacht zu werden und zu vernehmen, in welcher Weise in der Basler Klinik diese wichtige Scharlachcomplication behandelt wird.

SEIFERT.

27) **A. Vagnon. Ueber Pansinusitis. (Les pansinusites périorbitaires.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Vorerst finden sich Angaben über die Entwickelung und die Anatomie der Nebenhöhlen. Dann bespricht Verf. die Symptome der Nebenhöhleneiterungen und die durch sie bedingten Complicationen.

OPPIKOFER.

28) **S. W. Voorhes. Rechtsseitige Pansinusitis; Lähmung des rechten Stimmbandes. (Pansinusitis dextra with paralysis of the right vocal cord.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Es handelt sich um eine Eiterung aller rechtsseitigen Nebenhöhlen, die durch Curettage und Spülung geheilt wurde. Die rechtsseitige Stimmbandlähmung ist nur eine zufällige Begleiterscheinung; ihre Ursache ist nicht aufgeklärt; jedenfalls hat sie nichts mit der Eiterung zu thun.

LEFFERTS.

29) **George S. Dixon. Die anatomischen Beziehungen der Orbita zu den Nasennebenhöhlen. (The anatomical relations of the orbit to the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Eine Darstellung, wie man sie in jedem anatomischen Lehrbuch finden kann.

LEFFERTS.

30) **Onodi** (Budapest). **Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19 und 20. 1908.*

Referat auf dem 1. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien (22. 4. 08). Eine vortreffliche Zusammenfassung der über den Gegenstand gesammelten Erfahrungen, deren Lectüre den Rhinologen und Ophthalmologen gleich nützlich und willkommen sein wird.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Alfred Wiener. Bericht über drei interessante Fälle von Sinusitis mit schweren Augencomplicationen. (Report upon three interesting cases of sinusitis associated with serious eye complications.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Im ersten Fall entstand eine acute retrobulbäre Neuritis in der canaliculären Portion des N. opticus infolge Empyems der hinteren Siebbeinzellen. Verf. glaubt, dass in diesem Fall der Nerv bereits syphilitisch erkrankt war.

Die anderen beiden Fälle sind aus einer Serie von 9 Fällen ausgesucht.

In dem einen Fall waren die Kopfschmerzen so heftig und von Erbrechen begleitet, dass Verf. glaubte, es handle sich um eine intracranielle Neubildung. Der plötzliche Beginn, das Fehlen von Herdsymptomen, das Nachlassen der Schmerzen und des Oedems an der Papilla optica nach 48stündiger Bettruhe brachten ihn von jener Meinung zurück. Es handelte sich um eine Ethmoiditis posterior.

EMIL MAYER.

32) **C. G. Coakley. Die Erkrankungen des Auges und der Orbita, die von Erkrankungen der Nebenhöhlen abhängen. (The diseases of the eye and orbit depending on diseases of the accessory nasal sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Orbitalcomplicationen entstehen bei Empyem der Highmorshöhle nur dann, wenn die Gegend des Ostiums durch Septumdeviationen, Polypen oder dergl. so verlegt ist, dass der Eiter, der unter einem gewissen Druck steht, nicht durch jene dünnste Parthie der medialen Kieferhöhlenwand seinen Abfluss finden kann. Dasselbe ist bei Stirnhöhlenempyem der Fall, wenn der Ductus nasofrontalis undurchgängig ist. Verf. unterscheidet bei der Perforation des Stirnhöhlenbodens eine acute innerhalb weniger Stunden auftretende Cellulitis der Orbita mit plötzlichem Oedem, Schwellung der Lider und Verdrängung des Bulbus und einen langsamer verlaufenden Typus der Entzündung. Verf. betrachtet dann die Orbitalcomplicationen bei Siebbeinempyem, wobei er sagt, dass in den schwereren Fällen es sich meist um eine Combination mehrerer dabei betheiligter Nebenhöhlen handelt. Ferner wird die Thrombose der Orbitalvenen besprochen und zum Schluss die Augenaffectionen bei Keilbeinerkrankungen.

LEFFERTS.

33) **Arnold Knapp. Augencomplicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. (Ocular complications of nasal sinus disease.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Nach einem historischen Abriss über unsere Kenntnisse von den bei Nebenhöhlenaffectionen vorkommenden Augencomplicationen, von denen die früheste

und bestgekannte die Verdrängung des Orbitalinhaltes durch die sogenannte Mucocele war, spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass die Bedeutung der Highmorshöhle für den Ursprung der Orbitalaffectionen übertrieben wird. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf Onodi's Untersuchungen über die Beziehungen des N. opticus zu den hinteren Siebbeinzellen, durch die mancher bisher dunkle Fall von retrobulbärer Neuritis aufgeklärt werde. Es werden dann die functionellen bei Empyem vorkommenden Störungen (Muskelschwäche, Accommodationsschwäche, Gesichtsfeldeinengungen etc.) besprochen. Einen sicheren Fall von Glaukom verursacht durch Empyem hat Verf. bisher nicht beobachtet; die bisher beschriebenen Fälle von Ablösung der Retina sind nicht überzeugend. LEFFERTS.

34) **E. Monjon. Die durch Stirnhöhlen-Siebbeinzelleneiterungen bedingten Complicationen seitens der Augenhöhle und des Sehorgans. (Le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites fronto-ethmoïdales.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf. empfiehlt die Killian'sche Stirnhöhlenoperation. Die Complicationen selbst werden nur kurz besprochen. OPPIKOFER.

35) **J. Weleminsky** (Wien). **Ueber Epiphora idiopathica nasalen Ursprungs.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1909.*

Bei den einschlägigen Untersuchungen an der Augenklinik konnte W. constatiren, dass regelmässig und am reichlichsten Thränensecretion bei Berührung des vorderen Endes der mittleren Muschel auftritt und haben sich Skarificationen dieser Schleimhautpartie therapeutisch als zweckmässig erwiesen. HANSZEL.

36) **E. Pólyak** (Budapest). **Exstirpation eines Lidkrebses, welcher in die Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Nasenhöhle durchbrach; secundärer Verschluss der Orbita mit Plastik nach Kraske.** *Orvosi Hetilap. Beilage Szemészet. No. 2—3. 1908.*

Die Operation wurde folgendermaassen ausgeführt: Entfernung des Orbitainhalts, temporäres Aufklappen des Nasenflügels, partielle Resection des Oberkiefers, Entfernung des Nasenbeins, des Nasenfortsatzes des Stirnbeins und des linken Siebbeinlabyrinthes. Wundverlauf fieberfrei. Befund 4 Wochen nach der Operation: Orbita, Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen bilden eine gemeinsame grosse Höhle. Der grosse Defect wird ein paar Wochen später mit einem aus der Wange gebildeten Hautlappen bedeckt. Glatte Heilung. Orbita und Nasenhöhle sind jetzt vollständig verschlossen. v. NARVATIL-POLYAK.

37) **v. d. Hoeve** (Utrecht). **Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv f. Augenheilkunde. Bd. 64. 1909.*

In dem ersten, sehr ausführlich mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 24 jährigen Mann, bei welchem Entzündung der hinteren Nasennebenhöhlen beider Seiten zu einer Entzündung der axialen Bündel des Sehnerven geführt hatte, so dass schon, als Patient in Behandlung kam, deutliche Atrophie an den Papillen anwesend war. Die Operation an der linken Nasenseite hatte keinen Erfolg, sofort

nach Eröffnung und Behandlung der rechten Nebenhöhlen aber wurde der Zustand bedeutend besser. In einem zweiten Falle von rechtsseitiger Nebenhöhlenerkrankung und retrobulbärer Neuritis wurde leider jeder operative Eingriff verweigert. Bei einem dritten Falle handelte es sich um eine Opticuserkrankung bei Ethmoiditis posterior mit als einzigem Augensymptom Veränderung des blinden Fleckes, welche durch Nasenbehandlung ganz geheilt wurde.

SEIFERT.

38) **Th. Reinewald** (Giessen). **Ein Fall von rhinogener Meningo-Encephalitis serosa.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und epikritische und differentialdiagnostische Erörterungen.

26jähriger Patient mit acuter Stirnhöhleneiterung wird ein Jahr zuvor auf der Bier'schen Klinik in Bonn nach Anlegung einer erbsengrossen Oeffnung in der Tabula externa der Stirnhöhle mit Stauungshyperämie behandelt. Besserung mit persistirender, cutaner Fistel. Später Entfernung mehrerer Sequester durch die Fistel. Ein Jahr nach der ersten Operation Auftreten von Coma mit tonischen und clonischen Krämpfen in rascher Folge. Lumbalpunction: klarer Liquor. Radicaloperation: Erweichungsherd und Defect der Tabula interna der Stirnhöhle. Dura tiefroth verfärbt und gespannt, auf derselben und mit ihr verklebt ein Sequesterstückchen, bei dessen Entfernung die Dura an zwei kleinen Stellen einreisst, aus denen sofort klare, seröse Flüssigkeit abfliesst. Langsame Besserung unter 8tägiger Fortdauer der Krampfzustände, Auftreten von Sinnestäuschungen, besonders Gesichtshallucinationen und grosse Unruhe. Allmählich Abklingen aller Erscheinungen und vollkommene Heilung. Temperatur dauernd normal.

HECHT.

39) **H. Jouveau-Dubreuil. Die durch Nebenhöhlenentzündungen bedingten Ohrcomplicationen. (Les complications auriculaires des sinusites.)** *Dissertation. Bordeaux. 1909.*

Im Verlauf der letzten 8 Jahre wurden auf der Klinik von Moure 300 Nebenhöhlenentzündungen, theils acute, theils chronische Fälle, beobachtet. Unter diesen führten 30, also 10 pCt. der Fälle, zu Mittelohrentzündungen.

Verf. giebt auch Krankengeschichten von Otitiden wieder, die sich an Nasendouchen, an hintere Nasentamponade und an Kieferhöhlenoperationen anschlossen.

OPPIKOFER.

40) **J. W. Moore. Ein Wort zu Gunsten des Conservatismus in der Behandlung des chronischen Highmorshöhlenempyems. (A plea for conservatism in the treatment of chronic empyema of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass man wenigstens einige Wochen lang versuchen soll, durch Punction und Ausspülung zum Ziele zu kommen; in einer grossen Anzahl von Fällen bewirke die Reinigung der Schleimhaut schon Heilung.

EMIL MAYER.

41) **R. Bishop Canfield. Ueber die Radicalbehandlung der chronischen Antrumerkrankung nebst Empfehlung eines neuen in submucöser Resection der lateralen Nasenwand bestehenden Verfahrens. (Concerning the radical treatment of chronic diseases of the antrum with suggestions for a new method in operating by the submucous resection of the lateral nasal wall.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Nachdem — am besten in einer 2 Wochen vorhergehenden Sitzung — das vordere Ende der unteren Muschel amputirt ist, wird unter Cocain-Adrenalin-infiltrationsanästhesie am Uebergang von Haut und Schleimhaut ein Schnitt, der ungefähr in der Mitte der lateralen Wand der Apertura piriformis beginnt und nach unten bis zum Nasenboden geht, geführt; dieser, der bis auf das Periost geht, entspricht genau der lateralen Wand der Apertura piriformis. Dann Abheblung von Schleimhaut und Periost im Bereich des unteren Nasenganges nach unten bis zum Nasenboden, nach hinten bis zur Stelle, wo die untere Muschel amputirt ist. Abheblung des Periost der vorderen Antrumwand in gewünschter Ausdehnung. Entfernung der unteren Hälfte der lateralen Wand der Apertura piriformis und der Wand des unteren Nasengangs, soweit die Schleimhaut abgehoben ist. Entfernung der vorderen Antrumwand soweit, bis die Höhle zu übersehen ist. Wenn nöthig, Curettage der Höhle, eventuell auch des Siebbeins und des Keilbeins. Bildung eines Lappens von der Schleimhaut des unteren Nasengangs, der auf den Kieferhöhlenboden antamponirt wird.

EMIL MAYER.

42) **Dahmer** (Posen). **Die breite Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus mit Schleimhautplastik und persistirender Oeffnung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 325. 1908.*

Der Gang der Operation, in der Reihenfolge der einzelnen Acte zusammengefasst, ist folgender:

1. Auftupfen von 10proc. Cocain auf die vordere untere Muschel.
2. Submucöse Injection von 1—3 Spritzen 1proc. Suprarenin-Cocain. Wartezeit 10—25 Minuten.
3. Senkrechter, kräftiger Schnitt bis auf den Knochen, von der Insertion der vorderen unteren Muschel bis auf die Mitte des Nasenbodens.
4. Einschneiden der vorderen unteren Muschel mit der Scheere im Bereich des ersten Drittels hart an der lateralen Nasenwand und Abtragen des flottirenden Stückes.
5. Abpräpariren der Schleimhaut des unteren Nasengangs bis auf die Mitte des Nasenbodens. Anlegen dieses Lappens event. mit einem kleinen Gazebausch an das Septum.
6. Aufsetzen des Stacke'schen Meissels im ersten senkrechten Schnitt und Durchschlagen der medialen Höhlenwand, Herausheben der Knochenlamellen und Abkneifen derselben und der von der Schleimhaut freipräparirten Höhlenwand in Grösse eines Markstückes.
7. Ausschaben der ganzen Höhle mit der gefensterten stumpfen Cürette, des medialen inneren Theiles des Antrumbodens mit dem scharfen Löffel, Ausspülen der Höhle und Austupfen.

8. Hereinklappen des Schleimhautlappens auf den nackten Höhlenboden.
9. Fixation mit 2—3 fingerlangen Gaze-Wattetampons.

Als Vorzüge der Methode werden angeführt:
1. Keine Narkose.
2. Keine Schmerzen und Oedem der Wange.
3. Möglichkeit der ambulatorischen Ausführung.
4. Möglichkeit für den Kranken, sich selbst ohne Schmerzen zu behandeln.
5. Persistirende Oeffnung, die es dem Kranken möglich macht, bei Acquisition eines Schnupfens oder Influenza und erneuter Secretion die Höhle sich selbst auszuspülen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

43) **Araya. Die Behandlung der Kieferhöhleneiterungen. (Traitement des sinusites maxillaires.)** *Dissert. Paris 1908.*

Aus der Reihe der radicalen Operationsmethoden empfiehlt A. das Luc-Caldwell'sche und das Denker'sche Verfahren.

Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Punction vom mittleren Nasengange aus vom keinem Specialisten mehr geübt werde.

Wenn A. an zwei Stellen mittheilt, dass bei Individuen mit behinderter Nasenathmung (Muschelhypertrophie, Septumdeviation, adenoide Vegetationen) die Nebenhöhlen besonders schlecht entwickelt seien, so kann Referent, gestützt auf 400 Nasensectionen, diese Angabe nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

44) **A. Massé. Kieferhöhleneiterung. (Empyème et sinusite maxillaire.)** *Dissert. Montpellier 1908.*

M. unterscheidet zwischen Empyem und Sinusitis und fasst das Empyem auf im Sinne des Pyosinus. Er macht auf die bekannte Thatsache aufmerksam, dass die Prognose der dentalen Kieferhöhleneiterungen günstig zu stellen ist und deshalb die Zahncaries als ätiologisches Moment nicht vernachlässigt werden darf.

OPPIKOFER.

45) **L. Oudot. Ueber die Behandlung der Kieferhöhleneiterung durch Ausspritzungen vom unteren Nasengange aus. (Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages diaméatiques.)** *Dissert. Paris 1908.*

O. empfiehlt in allen Fällen die eiternde Kieferhöhle ausschliesslich vom unteren Nasengange aus auszuspritzen und bezeichnet, ohne sich auf eigene Erfahrung zu stützen, die Ausspritzungen vom mittleren Nasengange aus als gefährlich.

Bei 34 Kieferhöhleneiterungen, unter denen sich auch einige acute Fälle finden, wurde 27 mal durch die Ausspritzungen Heilung erzielt.

OPPIKOFER.

46) **A. Juin. Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterungen. (Contributions à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Paris 1908.*

J. empfiehlt unter den radicalen Operationsmethoden das Küster-Desault'sche Verfahren mit Auskratzen der Schleimhaut. 22 Krankengeschichten.

Unrecht hat Verf., wenn er die Sondirung und die Ausspülung vom mittleren Nasengange aus für besonders gefährlich und deshalb für durchaus verwerflich hält.

OPPIKOFER.

47) **A. von zur Mühlen** (Riga). **Ein Fall von Steinbildung in der Kiefer- und Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 371. 1908.*

Der Stein hat bei einer Grösse von 3,9 : 3,5 cm ein Gewicht von 25,5 g. Er wurde nach zweimaliger Operation entfernt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **Rueda** (Madrid). **Neue (?) Drainage für die Behandlung des Oberkieferempyems. (Nuevo [?] desague para el tratamiento de la sinusitis maxillar.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 4.*

Verf. analysirt erst die Arbeit von Ledoux (Annales des maladies de l'oreille etc. Januar 1908) und zeigt sodann, dass das von jenem beschriebene Verfahren bereits von ihm im Jahre 1890 in den Botey'schen klinischen Studien beschrieben wurde.

TAPIA.

49) **Louis Ostrom. Die umgekehrte Antrumknochenzange in der Chirurgie des Antrums. (The reverse antrum bone forceps in antrum surgery.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Verf. trägt fast stets zuerst das vordere Ende der mittleren Muschel ab. Dann wird das Ostium maxillare mit einer Sonde untersucht und wenn es zu eng befunden wird für eine genügende Drainage, so wird, wie es bereits von Anderen beschrieben wurde, das Infundibulum mit dem Probetroicart von Myles oder einem anderen geeigneten Instrument, das in das Ostium eingestossen wird, erweitert. Da diese Oeffnung aber die Tendenz hat, bald zu heilen, so schneidet Verf., indem er das bewegliche Blatt seiner Scheere in das Ostium einführt, und nach vorn und unten zu schneidet, den Processus uncinatus fort, was in sehr kurzer Zeit geschieht.

Auch in den die Majorität darstellenden Fällen, in denen Verf. die Eröffnung vom unteren Nasengang aus macht, benutzt er, um die Oeffnung nach vorn zu zu erweitern, seine Zange, die er auch für das Siebbein, Abtragung von Muschelhypertrophien etc. empfiehlt.

EMIL MAYER.

50) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber den Werth der elektrischen und radiographischen Durchleuchtung der Stirnhöhle.** *Orvosi Hetilap. No, 22. 1909.*

Die elektrische Durchleuchtung besitzt nur einen illusorischen Werth, denn die Erfolge hängen von der Dicke und der Construction der Knochen ab. Die Röntgendurchleuchtung besitzt schon einen höheren, jedoch auch keinen absoluten Werth, da in einzelnen Fällen die Befunde zu falschen Schlüssen führen können. Ein absoluter Werth kann der Röntgendurchleuchtung in der Beziehung zugesprochen werden, dass sie es möglich macht, festzustellen, ob Stirnhöhlen überhaupt vorhanden sind.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **Warnecke** (Hannover). **Ueber Stirnhöhlendurchleuchtung vom Orbitaldach.** (Vorläufige Mittheilung.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 180 1908.*

Das Wesen der Durchleuchtung vom Boden der Stirnhöhle her besteht im Anlegen eines kleinen Lämpchens des Valentin'schen Salpingoskops von 6 bis 9 Volt Spannung an bezw. in die Wölbung des Orbitaldachs.

Der Durchleuchtungseffect soll in der Regel gut sein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **M. Martin. Behandlung doppelseitiger Stirnhöhleneiterung nach Trepanation in der Medianlinie und Y-Drainage. (Traitement des sinusites frontalis bilatérales par la trépanation médio-frontale et le drainage en Y.)** *Dissert. Paris 1908.*

Der Autor ist mit dem kosmetischen Resultat der Killian'schen Stirnhöhlenoperation nicht zufrieden und empfiehlt bei doppelseitiger chronischer Stirnhöhleneiterung nach dem Operationsplan seines Lehrers G. Laurens vorzugehen: Nach Entfernen der mittleren Muschel schlägt L. eine einzige median gelegene Oeffnung, ohne die ganze vordere Wand der Stirnhöhlen zu entfernen, curettirt die Schleimhaut, entfernt das Septum zwischen den Stirnhöhlen und vereinigt dann, um günstige Abflussverhältnisse zu erzielen, die Ausführungsgänge der beiden Stirnhöhlen durch Resection eines entsprechenden Stückes aus der Lamina perpend. des Siebbeins. Mehrere Abbildungen veranschaulichen den Gang der Operation. Die günstigen Erfahrungen stützen sich nur auf 2 Fälle.

OPPIKOFER.

53) **J. C. Beck. Stirnhöhlenoperation. (Frontal sinus operation.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bestimmt erst die Grenzen der Höhle durch ein Skiagramm, bildet den Umriss der Höhle in Celluloid nach, legt diese Celluloidplatte auf den blossgelegten Knochen und bildet danach den osteoplastischen Lappen. Er legt dann nach Entfernung der erkrankten Höhlenschleimhaut, Ausräumung des Siebbeins und Erweiterung des Ductus naso-frontalis einen Gummidrain in letzteren ein, den er nach 3—5 Tagen durch eine Silber- oder Goldtube ersetzt.

LEFFERTS.

54) **Sagebiel** (Stettin). **Ueber Stirnhöhlenoperationen mit Demonstrationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. S. 82. 1908.*

Vorstellung von 7 Patienten, die wegen chronischer Stirnhöhleneiterung operirt wurden: 5 nach Killian; einer mit Fortnahme der vorderen Wand, einer mit Fortnahme der Spange. Die Resultate waren durchweg gute. Nur bei sehr vorgewölbter Stirn und grosser Ausdehnung der Stirnhöhle ergab auch die Killian'sche Operation tiefe Einsenkung. Doppelbilder traten in 3 Fällen auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **Ramos** (Barcelona). **Stirnhöhlenempyem. Meningo-Encephalitis. Tod. (Sinusitis frontal; meningo-encefalitis; muerte.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la garganta. Juni 1908.*

Empyem nach Influenza; heftige Schmerzen in der linken Supraciliargegend;

39° Temperatur; sieben Tage nachher Lidabscess; bei Incision Entleerung einer grossen Menge fötiden Eiters; man kommt auf entblössten Knochen; die von R. vorgeschlagene Radicaloperation wird verweigert. Patient stirbt an Meningo-Encephalitis.

TAPIA.

56) **Cuello. Ueber einen Fall von primärem verkalktem Sarkom des Sinus frontalis.** *Dissert. Berlin 1908.*

C. fand 9 Fälle primären Stirnhöhlensarkoms in der Literatur. Er giebt die diesbezüglichen Krankengeschichten wieder und theilt einen weiteren von Prof. Silex operirten Fall mit, der seit $4^1/_2$ Jahren recidivfrei ist. Der kleinpflaumengrosse Tumor fand sich bei einer 40jährigen Frau und hatte allmählich zu einer Vortreibung der vorderen und unteren Wand der Stirnhöhle geführt.

OPPIKOFER.

57) **Callen J. Welty. Ethmoidalperforation an einem Augenwinkel und Erkrankung der Highmorshöhle. (Ethmoidal perforation of the inner corner of the eye and involvement of the antrum of Highmore.)** *American Medical Association Journal. 17. October 1908.*

Der Fall betrifft einen 70jährigen Mann. Heilung durch Killian'sche Operation.

EMIL MAYER.

58) **J. A. Stucky. Bericht über einen Fall von traumatischer Ethmoiditis, Cerebralabscess; Tod während der Operation; Autopsie. (Report of a case of traumatic ethmoiditis; cerebral abscess; death during operation;. autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Januar 1907.*

Infection der Stirnhöhle und Siebbeinzellen infolge Trauma; Auftreten von psychischen Symptomen infolge Sepsis. Durch den Druck in der Keilbeinhöhle wurden Strabismus und Amblyopie bewirkt, die mit Nachlassen des Drucks verschwanden. Herdsymptome fehlten völlig.

EMIL MAYER.

59) **F. Massei. Myxofibrom der Keilbeinhöhle. (Mixo-fibroma del seno sfenoidale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1909.*

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann, der an Athembeschwerden litt, die sich Nachts zu Erstickungsanfällen steigerten. Man fand eine grosse Neubildung des Nasenrachens, die roth und beweglich war, und beim Herunterdrücken der Zunge hinter dem Gaumensegel zum Vorschein kam. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt, wobei sich ergab, dass er einen langen Stiel hatte und aus drei Lappen bestand. Die Stelle, wo der Stiel gesessen hatte, fand sich am Rachendach, und zwar zeigte sich hier einige Millimeter über der rechten Choane eine kleine Vertiefung. Mit der Sonde gelang es, durch diese Grube in der Sphenoidalgegend in eine Art Canal einzudringen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um ein Ueberbleibsel des Canalis cranio-pharyngeus handelt, durch den der in der Keilbeinhöhle sitzende Polyp sich nach dem Nasenrachen zu entwickelt habe.

FINDER.

60) **Sonntag** (Berlin). **Cyste an der Nasenwurzel. Septikopyämie nach Entfernung der Gaumen- und Rachentonsille.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 755. 1909.*

1. Fall: 34jähriger Mann trägt taubeneigrosse Dermoidcyste an der Nasenwurzel. Bei der Operation zeigt es sich, dass die beiden Nasenbeine und ein Theil des Septums fehlen: Zurückbleiben des Knochenwachsthums unter der Cyste.

2. Fall: 14 Tage nach einer Angina wurden dem 7jährigen Knaben in derselben Sitzung die drei Mandeln entfernt. 11 Tage nach der Operation starb das Kind an Septikopyämie.

OPPIKOFER.

61) **H. Schneider. Ueber einen Fall von Rhinophyma.** *Dissert. München 1907.*

55jähriger Patient. 2 wohlgelungene Photographien zeigen das überaus grosse Rhinophym. Operation mit gutem kosmetischem Resultat (1 Abbildung). Die Transplantation hält Verf. nicht für nothwendig und unter Umständen für schädlich, da die Drüsenausführungsgänge durch die Epidermislamellen verstopft werden und so Retentionscysten entstehen können.

OPPIKOFER.

62) **Sokolow. Fall von Rhinophyma. (Slutschai Rhinophyma.)** *Protokoll des Moskauer venerolog.-dermatol. Vereins. Bd. XV. S. 61.*

Abbildung und Beschreibung von colossaler Geschwulst der Nase bei einem 34jährigen Manne, bei dem nicht nur die äussere Form der Nase völlig verschwunden war, sondern auch in der Nasenhöhle Wucherungen vorhanden waren. Die Geschwulst wurde sammt der Nase, exclusive der Nüstern, entfernt und Rhinoplastik gemacht. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass es sich um ein Sarkom handelte, welches zur besonderen Wucherung von Talgdrüsen Veranlassung gegeben hatte.

P. HELLAT.

63) **Harmon Smith. Abscess in beiden Nasenlöchern, mit Sattelnase, corrigirt durch Paraffininjectionen. (Abscess of both nostrils with saddle back deformity corrected by paraffin injection.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

64) **J. F. Binnie. Eine Operation zur Correction der eingesunkenen Nase. (An operation for the repair of sunken nose.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. Juni 1908.*

Es wird in der Mittellinie ein longitudinal verlaufender Einstich gemacht, von diesem beiderseits zu der Basis der Nasenflügel subcutane Tunnels gemacht und in diese Streifen von Rippenknorpel eingelegt.

EMIL MAYER.

65) **H. E. Waxham. Ein neues Verfahren zur Correction der Sattelnase. (A new procedure for the correction of the saddle nose.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Verf. macht auf dem Nasenrücken einen Hautschnitt, trennt die Gewebe mittels gebogener Scheere, hebt Haut und subcutanes Gewebe sorgfältig mit einem Elevatorium hoch, stillt dann durch Aufdrücken eines Adrenalintampons die Blutung. Dann spritzt er mittels leicht gebogener Nadel Paraffin von 44—46 ° Schmelzpunkt an den Endpunkt der Gewebstrennung. Beim allmählichen Zurückziehen der Nadel

wird immer mehr Paraffin deponirt. Darüber wird, damit das Paraffin nicht durch die Incision herauskommt, ein fester Druckverband gelegt oder die Incision durch feine Nähte geschlossen.

EMIL MAYER.

66) **Burack. Paraffinprothesen und Verbreiterung der eingesunkenen Nase. (O parafinowich protesech woobschtsche i ob isprawl. parafinem sapodanija nosa w tschasti.)** *Jeshemesjatschnik. No. 3. 1908.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

67) **C. C. Miller. Die chirurgische Verkleinerung der excessiv langen Nasenspitze. (The surgical reduction of the nasal tip of excessive length.)** *Alabama Medical Journal. September 1907.*

Beschreibung des Operationsverfahrens.

EMIL MAYER.

68) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenplastiken.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1908.*

Empfehlung der Methode nach Föderl. Siebförmig durchlochte, in der Form der aufgeklappten Nase zugeschnittene Celluloidplatte wird zwischen Periost und Haut einheilen gelassen, sodann breit umschnitten bis auf den Knochen, von diesem abpräparirt, der nach unten gestielte Lappen gedreht und nach der üblichen Methode angenäht. Die Platte wird dem künftigen Nasenrücken entsprechend dachförmig gebogen.

CHIARI-HANSZEL.

69) **M. M. Krings** (Groningen). **Ein Fall von Nasenprothese. (Een geval van neus-prothese.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Die äussere Nase war infolge von Lupus verloren gegangen. Die Nasenbeine waren erhalten, das knorpelige Septum verschwunden. Nach Stents- und Gypsabdrücken machte K. ein Stentsmodell der neuen Nase und baute darauf die Nase aus rothem Wachs. Die Befestigung wurde gemacht, oben an einer Brille, unten an zwei in die Nasenlöcher greifende Goldklammern. Dieselben berühren die innere Nasenwand in der Ruhe nicht, wohl aber bei Muskelzug wie beim Sprechen und Lachen, wobei sie die Nase am Abgleiten verhindern. Es wurde dann die Nase aus hartem Kautschuk vulkanisirt. Dieses Material hat den Vorzug vor Platina, das bei Frost zu stark abkühlt, vor Celluloid, das für Raucher gefährlich ist, vor weichem Kautschuk, das schwer zu bearbeiten ist; auch vor Papiermaché, das für Feuchtigkeit nicht ganz unempfindlich ist. Die Farbe wurde mittels gewöhnlicher Porträtfarbe aufgetragen. Mit ein wenig Terpentin verdünnt, hält dieselbe auf Kautschuk ganz gut. Das Resultat war in jeder Hinsicht ein ganz vorzügliches.

H. BURGER.

70) **J. Herzfeld** (Berlin). **Ein neues Naseninstrument.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 382. 1908.*

Die Instrumente sind abgebildet: Zur ersten Durchbohrung des knorpeligen Septums bei der submucösen Septumoperation ein Stichel und ein meisselartiges Instrument; Scheere zur Knorpeldurchschneidung; Nasenfeile nach Sandmann zur Entfernung einer breit- oder spitzaufsitzenden Protuberanz des Septums; Nasentamponträger.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

c. Mundrachenhöhle.

71) **Mayasanik** (Berditschew). **Werden im Bereich des Ostium tubae pharyngis Geschmacksempfindungen ausgelöst?** *Dissert. Bern 1908.*

Chinin sulf. in Salbe wird von allen 36 geprüften Personen l. c. empfunden, jedoch zweimal ausgesprochen süss; analog den Thatsachen, dass nach Howel und Costlé Bromsaccharin an der Zungenbasis bitter, an der Zungenspitze süss schmeckt. Die Versuche wurden mit vielen Cautelen ausgeführt. JONQUIÈRE.

72) **Alberto Civalleri. Die Pharynxhypophyse beim Menschen. (L'ipofisi faringea nell'uomo.)** *Internationale Monatsschr. f. Anatomie u. Physiologie. XV. H. 3. 1909.*

Es besteht nach den Untersuchungen des Verf.'s constant am Rachendach beim Erwachsenen eine kleine glanduläre Bildung, die ihrer Structur nach sich verhält wie der Vorderlappen der Hirnhypophysis. Sie ist in dem fibro-periostalen Ueberzug gelegen, der die Unterfläche des Keilbeins bedeckt und zwar genau in der Medianlinie gerade da, wo, wenn sie vorhanden ist, sich die Oeffnung des Canalis cranio-pharygeus befindet. Da die Drüse längs des Verlaufes des primären Hypophysentheiles gelegen ist, so kann man annehmen, dass sie mit diesem Theil in seinem extracraniellen Antheil embryologisch zusammenhängt. Verf. schliesst aus der Structur dieser Drüse, dass sie eine der Glandula pituitaria des Gehirns gleiche Function hat. FINDER.

73) **Warnekros** (Berlin). **Ueber die Ursache der Lippen- und Gaumenspalten.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. S. 976. 1908.*

Der Autor bringt in seiner Arbeit, die sich vor Allem auf röntgonologische Untersuchungen stützt, die Ansicht, dass überzählige Zähne die Gaumen- und Lippenspalten verursachen; es handele sich nicht um ein Nichtverwachsen zweier gesonderter Knochen, sondern um einen Spalt im Zwischenkiefer selbst, der immer durch die Anlage eines überzähligen Zahnes hervorgerufen werde und sich entweder auf den palatinalen Theil des Zwischenkiefers beschränke oder den Alveolarfortsatz durchbreche und somit ein Hemmniss abgebe für die Verwachsung des palatinalen Theils des Oberkiefers und event. auch der Weichtheile.

In der Discussion sprachen Sachs (Berlin), Eckstein (Berlin) und Gutzmann (Berlin). ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Warnekros** (Berlin). **Gaumenspalten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 144. 1908.*

Verf. stellt in dieser Arbeit die Behauptung auf, dass in sehr vielen Fällen die Anlage eines überzähligen Zahnes bei den beschränkten Raumverhältnissen des noch nicht vollkommen verknöcherten Zwischenkiefers die Entstehung einer Spaltbildung im Zwischenkiefer selbst veranlasst und führt eine Reihe von Fällen als Beweise für diese Behauptung an. Verschiedene Abbildungen von Modellen — Oberkieferabdrücke — zeigen bei verschiedenen Graden der Spaltbildung den überzähligen Zahn bei Lebenden. Ein Fehlen des überzähligen Zahnes darf nicht ohne Weiteres als Gegenbeweis angeführt werden, da er bei Lebenden entfernt oder bei

Embryonen oder Neugeborenen mit weit klaffendem Spalt verloren gegangen sein kann. Dass bei Neugeborenen mit erhaltenem Kieferbogen unter allen Umständen der überzählige Zahn nachzuweisen ist, beweisen beigegebene Röntgenabbildungen, bei denen auf jeder Seite statt der 5 Zähne 6 zu sehen sind. Zu jedem Röntgenbild ist die Photographie des Kopfes und des Gaumens hinzugefügt.

Vererbung spielt bei diesen Spaltbildungen eine grosse Rolle. Die Voraussetzung, dass bei den Familien, wo Spaltbildungen beobachtet werden, auch gleichzeitig Neigung zu überzähligen Zähnen nachgewiesen werden kann, wurde vom Verf. in vielen Fällen bestätigt.

Verf. geht dann noch auf die Therapie der Spaltbildungen des Näheren ein.

Bei ausführlicher Betrachtung des Passavant'schen Wulstes wird einer Arbeit von K. Warnekros (Sohn) gedacht, die Aufklärung in die noch umstrittene Frage bringt. Sie hat folgendes Ergebniss:

1. Der Passavant'sche Wulst wird von dem obersten Abschnitt des Constrictor pharyngis superior, dem sog. Pterygopharyngeus gebildet, und ist als eine der Velumcontraction associirte, physiologisch nothwendige Bewegungserscheinung bei der Sprachbildung anzusehen.

2. Diese unter normalen Verhältnissen isolirte Thätigkeit des Pterygopharyngeus wird bei Gaumenspalten insofern ergänzt, als neben der entsprechenden Wulstbildung des Constrictor pharyngeus sup. in seiner Gesammtheit eine Compression der seitlichen Pharynxwand und somit zusammen mit dem Palatopharyngeus eine Verschmälerung des Gaumendefectes durch Annäherung der Spaltränder bewirkt.

3. Durch alleinige Contraction des Palatopharyngeus kann eine Verengerung des Defectes nicht erzielt werden, da die Wirkung des in Betracht kommenden Abschnittes (Pars pharyngopalatina) durch antagonistischen Einfluss aufgehoben wird.

4. Der M. palatopharyngeus ist weder activ noch passiv an der Bildung des Passavant'schen Wulstes betheiligt.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

75) **Kuhn** (Kassel). **Die Operation des Wolfsrachens mittels peroraler Intubation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 4. u. 5. Heft. 1909.*

Als wesentliche Vorzüge werden angegeben die Ruhe und Leichtigkeit der Narkose, die bequemere Beseitigung der Zunge, Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und Reinlichkeit bei der Anfrischung, Tamponade und Naht.

SEIFERT.

76) **Notiz des Herausgebers. Die nekrotische Scharlachangina. (The necrotic angina of scarlat fever.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Diese Angina kann in jedem Stadium der Krankheit auftreten. In manchen Fällen geht ihr eine nicht-gangränöse Angina vorher, die erst nach 6—8 Tagen einen nekrotischen Charakter annimmt. Handelt es sich von Anfang an um eine nekrotische Angina, so zeigt sich der Belag innerhalb 48 Stunden. Sterben die Patienten nicht an Allgemeininfection, so tritt oft rapide Besserung auf und nach einigen Tagen bleiben nur noch ein paar tiefe und grosse Ulcerationen auf der Tonsille. Als Behandlung empfehlen sich reichliche Irrigationen mit Wasserstoff-

superoxydlösung nebst localer Application von 2 proc. Chlorzink- oder Jodlösung, wobei sorgfältige auf Hebung des Allgemeinzustandes bedachte Allgemeinbehandlung nicht zu vernachlässigen ist. LEFFERTS.

77) **F. Samuel. Ueber Angina ulcerosa bei dem Abdominaltyphus.** *Dissert. Strassburg 1908.*

An der med. Klinik in Strassburg wurden von 1888—1907 im Ganzen 1102 Typhusfälle behandelt. Unter diesen fanden sich bei 76, also bei 6,89 pCt. aller Typhusfälle, Gaumengeschwüre (meist 1—2) vor. 73 Mal sassen die Ulcera am vorderen Gaumenbogen. Die durchschnittliche Dauer der Geschwüre betrug 10 Tage. 17 Mal wurde gleichzeitig Soor beobachtet.

Die Angina ulcerosa ist ein für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis werthvolles Symptom. OPPIKOFER.

78) **Norton L. Wilson. Bericht über einen Fall von Tonsillartuberculose nebst Bemerkungen über die Anwendung von Jodkali bei Tuberculose. (Report of a case of Tuberculosis of the tonsil with remarks on the administration of Potassium Jodide in Tuberculosis.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. warnt davor, in zweifelhaften Fällen zur Diagnose ex juvantibus Jodkali zu geben, da es feststeht, dass eine Zeit lang auch bei Tuberculose nach Jodkaligebrauch Besserung eintritt und so Irrthümer entstehen können. Man soll in solchen Fällen lieber ein paar Einspritzungen von Quecksilbersalicylat machen.

EMIL MAYER.

79) **A. Rossi-Marcelli. Die Gaumenmandel als Eingangspforte des Tuberkelbacillus. Ihre Beziehung zu den Halsdrüsen. (La tonsilla palatina come porta di entrata del b. tubercolare. Rapporto di essa coi gangli del collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Bei einem 8jährigen Mädchen findet sich rechts am Halse eine aus Drüsen bestehende Kette, in denen eine besonders grosse vor dem vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus sich befindet. Brustorgane gesund; im Auswurf keine Tuberkelbacillen. Die rechte Tonsille ist hypertrophirt. In Stückchen der Tonsille, die mit einer Hartmann'schen Zange entnommen waren, wurden bei der mikroskopischen Untersuchung spärliche, aber deutliche Tuberkelbacillen sowohl unter dem Epithel, besonders der Krypten, als auch im Parenchym gefunden.

Verf. bespricht dann den anatomischen Zusammenhang, der zwischen jenen Halsdrüsen und der Tonsille besteht mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen von Wood. FINDER.

80) **K. Emerson. Acute Poliomyelitis nach Tonsillitis. (Acute Poliomyelitis following Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

8jähriger Knabe mit Tonsillitis, deren Schwere durch die toxischen Symptome gekennzeichnet ist. Es fanden sich in den Bakterien keine Diphtheriebacillen. Am nächsten Tage war die Tonsillitis verschwunden, doch war der Kranke die folgenden Tage nicht bei Wohlbefinden und klagte über Schmerzen in Händen, Arm, Schulter etc. Am 7. Tage Fieber. Der Allgemeineindruck war jetzt der einer

beginnenden Meningitis. Am 10. Tage Lähmung des Deltoideus und des linken Oberarmes; zwei Tage darauf konnte er nur noch ganz schwach die Finger der linken Hand beugen. Verf. nimmt eine gemeinsame Aetiologie für die Tonsillitis und Poliomyelitis an.

LEFFERTS.

81) **Berini. Tonsillitis und Peritonsillitis phlegmonosa; deren Behandlung. (Amigdalitis y periamigdalitis flegmonosas; su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia de Valencia. November 1908.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

82) **Antonio Nieddu. Eine kleine Appendicitis-Epidemie studirt in Bezug auf das Verhalten des Waldeyer'schen Schlundrings. (Una piccola epidemia di appendicite studiata in rapporto allo stato dell'anello linfatico di Waldeyer.)** *Boll. delle malattie dell'orecchio etc. No. VIII. 1909.*

In 4 von den 5 beobachteten Fällen war der Appendicitis eine Angina tonsillaris vorausgegangen. In einem dieser Fälle war die Mandelerkrankung seit einer Woche geheilt; in dem zweiten waren zu Beginn der Appendicitis die Mandeln noch bedeckt mit fibrinösen Belägen, die zahlreiche Kokken enthielten. Bei den beiden anderen Fällen trat infolge allgemeiner Peritonitis Exitus ein. Bei einem von diesen wurde die Autopsie gemacht. Man fand Eiterherde in der rechten Mandel, in denen sich Streptokokken fast in Reinkultur fanden. Streptokokken fanden sich auch in dem peritonitischen Exsudat.

FINDER.

83) **J. N. Reik. Die Beziehungen zwischen entarteten Tonsillen und Mittelohrerkrankung. (The relationship between degenerate tonsils and middle-ear deafness.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Die Fälle betreffen Patienten, die den Otologen wegen Schwerhörigkeit consultirten, keine Beschwerden von Seiten des Halses und der Nase hatten und bei denen genaue Untersuchung erkrankte Tonsillen ergab. In einer Anzahl von Fällen führte die Enucleation dieser Tonsillen zur Besserung, Stillstand oder sogar Heilung der beginnenden oder fortschreitenden Mittelohr-Schwerhörigkeit.

EMIL MAYER.

84) **H. Danielewicz. Klinische Beiträge zur Pyocyanasebehandlung.** *Dissert. Bonn 1908.*

D. liess die Pyocyanase 6—7mal täglich einblasen. Diarrhoen als Wirkung des Verschluckens der Pyocyanase wurden nicht beobachtet.

Bei 9 schweren Fällen von Angina lacunaris wurden 8 in überaus günstiger Weise durch die Pyocyanase beeinflusst. 9 Krankengeschichten.

Bei Behandlung der Diphtherie kann das Mittel als gänzlicher oder theilweiser Ersatz des Serums nicht in Betracht kommen. Bei schweren Fällen von Diphtherie versagt es. Als locales Desinficiens ist die Pyocyanase an Stelle der bisher üblichen Gurgelwässer empfehlenswerth. Völlige Abtödtung der Diphtheriebacillen in der Schleimhaut kann nicht mit Sicherheit erzielt werden. 5 Krankengeschichten.

Bei der Scharlachangina (9 Fälle) übt die Pyocyanase ebenfalls einen günstigen Einfluss aus. Doch sagt Verf. an einer Stelle: Natürlich ist es nicht

möglich, auf Grund der Beobachtungen von 9 Fällen ein sicheres Urtheil über den Werth des neuen Mittels zu gewinnen.

OPPIKOFER.

85) **R. Leroux** (Paris). **Behandlung der eingekapselten Mandel. Neuer Morcelleur. (Traitement de l'amygdale enchatonnée. Nouveau morcelleur à érigne.)** *Presse Médicale. No. 45. 3. Juni 1908.*

Um die Tonsillen aus ihrem Zusammenhang mit den vorderen Gaumenbögen loszulösen, macht Verf. eine verticale Incision 1 cm vom inneren Rand des Gaumenbogens und führt dort eine rechtwinklig gebogene kurze Sonde ein. Dieses Verfahren hat den Vorzug, den Gaumenbogen zu schonen. Für das Morcellement hat Verf. den gewöhnlichen Morcelleur mit einer vortheilhaften Modification versehen.

GONTIER de la ROCHE.

86) **H. B. Blackwell. Die Bedeutung der Tonsillectomie für die Otitis nebst Bemerkungen über Fingerenucleation. (The otitic significance of tonsillectomy with reference to digital enucleation.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909.*

Verf. beschreibt seine Methode der Fingerenucleation. Er betrachtet die Operation bei acuter chronischer eitriger und nichteitriger Mittelohrentzündung als einen in curativer und prophylaktischer Hinsicht werthvollen Factor.

LEFFERTS.

87) **F. S. Mathews. Fingerenucleation der Tonsille. (Finger enucleation of the tonsil.)** *Annals of Surgery. December 1908.*

Verf. schält die Tonsille mit dem Zeigefinger oder mit Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand aus, bis sie nur noch an einer dünnen Schleimhautbrücke hängt, dann schneidet er sie mit dem Tonsillotom ab.

EMIL MAYER.

88) **C. Demarest. Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und Adenoidgeschwülste. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 20. März 1909.*

Die secundären Blutungen sind nach Verf. fast immer durch unvollkommene Entfernung der Adenoiden und bei der Gaumentonsille durch Anwendung des Tonsillotoms oder der Tonsillarzange bedingt. In letzterem Fall bringt man die Blutung zum Stehen, indem man die Gaumenbögen durch drei Nähte zusammennäht.

LEFFERTS.

89) **F. C. Ard. Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und der Adenoiden. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 6. März 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Operation wegen der bei ihr in Betracht kommenden Gefahren nicht zu geringfügig behandelt werden sollte, und beschäftigt sich vor allen Dingen mit der Gefahr der Blutung.

LEFFERTS.

90) **C. R. Dufour. Blutung nach Tonsillotomie mit der kalten Schlinge. (Hemorrhage following Tonsillotomy with the cold wire snare.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Bei Hunderten von Operationen hat Verf. nur einmal eine schwere Blutung

nach der Anwendung der kalten Schlinge gehabt, und zwar bei einem 35jährigen Manne.

Die Blutung wurde durch Naht der Gaumenbögen zum Stehen gebracht.

EMIL MAYER.

91) **Otto J. Stein. Ein Fall schwerer primärer Blutung nach Entfernung der Gaumentonsille. (A case of severe primary hemorrhage following the removal of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Der Fall betrifft eine 20jährige Frau. Sie gab an, sich am zweiten Tage ihrer Menstruation zu befinden. Pat. war keine Hämophile, Verf. hatte sie bereits in der Nase und an Adenoiden operirt, ohne dass Blutung erfolgt war. Verf. warnt davor, während oder kurz vor dem Eintreten der Menses, ebenso bei vorgeschrittener Gravidität zu operiren.

EMIL MAYER

92) **Ernest Morawek. Eine neue Tonsillenzange. (A new style tonsil forceps.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Der Vorzug des Instruments besteht darin, dass es die Tonsille von Anfang bis zum Ende der Operation festhält, ohne dass es — selbst wenn das Tonsillengewebe sehr brüchig ist — ausreisst. Die Zange ist sehr leicht, der Handgriff so angebracht, dass der Operateur durch ihn bei seinen Manipulationen nicht gestört wird.

EMIL MAYER.

93) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Mandelstein. (Calculo de la amigdala.)** *Boletino de laringologia. Februar 1909.*

25jähriger Mann, bei dem sich ein 5 g schwerer grauer Stein findet. Pat. hatte öfter an Amygdalitis mit käsigen Pfröpfen gelitten. Chemische Zusammensetzung der Concrements: 12 pCt. Calcium carbonic., 67 pCt. Calcium phosphat., 12 pCt. organische Bestandteile.

TAPIA.

d. Diphtherie und Croup.

94) **Retzlaff** (Magdeburg). **Die Diphtheriefälle des Jahres 1907 in der Krankenanstalt Sudenburg.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 49. 1909.*

Unter 150 auf der Diphtheriestation behandelten Kindern waren 140 sichere Diphtheriefälle, von welchen 83,57 pCt. geheilt resp. gebessert entlassen wurden, und 16,43 pCt. starben. Gleich nach der Einlieferung erhielten die Kinder 1500 E., fiel das Fieber nicht, so wurde eine zweite Seruminjection gemacht. Auf die örtliche Behandlung des Rachens mit 2 proc. Collargol legt R. grosses Gewicht. In 29 Fällen musste künstlich die Larynxstenose behoben werden, entweder durch Intubation oder Tracheotomie. Von diesen wurden 29 geheilt resp. gebessert entlassen, gestorben sind 10 Kinder, von denen wohl das eine oder andere hätte gerettet werden können, wenn man früher, d. h. vor der Aufnahme Serum gegeben hätte.

SEIFERT.

95) **Gabriel** (Stettin). **Beitrag zur Kenntniss des chronischen Rachendiphtheroids.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Ein 22jähriges Dienstmädchen, das vor $1\,^3/_4$ Jahren eine schwere Diphtherie

durchmachte und seitdem viel Heiserkeit gehabt hat, wird während 7 Monaten im Krankenhaus wegen immer wieder auftretenden Schüben von Angina, theils mit, theils ohne Belag, unter gleichzeitiger Störung des Allgemeinbefindens behandelt; es finden sich andauernd pathogene Diphtheriebacillen. Eine Nachbarin und Pflegeschwester erkrankten an typischer Diphtherie. Nach Entlassung — ungeheilt mit Bacillen — Rückkehr mit einer neuen Attaque nach 3 Wochen, wonach Pat. ebenfalls ungeheilt das Haus verliess.

ALBANUS.

96) **E. Schreiber** (Magdeburg). **Ueber intravenöse Injection des Diphtherieserums.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1909.*

Bezugnehmend auf die Arbeiten F. Meyer's und Berghaus' empfiehlt Sch. bei schweren Diphtheriefällen statt der subcutanen die intravenösen Injectionen und zwar gleich in grossen Dosen. Die grossen Dosen sind auch intravenös durchaus unschädlich — so liess Autor bei einem $1\frac{1}{2}$ jährigen Kinde auf einmal 6000 I.-E. und bei einem 5jährigen 10000 I.-E. mit sehr gutem, complicationsfreiem Erfolge injiciren —, sättigen weit sicherer alle Toxine ab und arbeiten damit den verhängnisvollen Lähmungen durch die Toxine eher entgegen, als das etwa bei kleineren wiederholten Dosen geschieht. Der Temperaturabfall erfolgt prompter, der Allgemeinzustand bessert sich erheblich schneller als bei der subcutanen Injection. Der locale Process zeigt den gleichen Verlauf wie bei der subcutanen Injection. Bieten sich für die intravenöse Injection einmal Schwierigkeiten, dann wäre der subcutanen Injection die Einspritzung in die Glutaeen vorzuziehen, da von hier aus die Resorption nach Morgenroth schneller erfolgt als vom Unterhautzellgewebe aus. Zwar ist der geringe Carbolzusatz des Serums unschädlich, doch ist es bereits gelungen, auch carbolfreies Serum für den Handel herzustellen.

HECHT.

97) **Adolf Bingel** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Einwirkung einer intracutanen Injection von Diphtherietoxin auf die Haut und den Antitoxingehalt des Serums beim Menschen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1909.*

Aus nicht näher angegebenen Gründen machte sich ein 30jähriger, bereits früher wegen Diphtherie mit Serum behandelter College an 2 nahe beieinander gelegenen Stellen des Unterarmes intracutane Injectionen von je $\frac{1}{10}$ cbm eines sehr hochwerthigen Diphtherietoxins. Es entstand ein rein toxisches Fieber, das nach 10 Stunden einsetzte, nach 24 Stunden seinen Höhepunkt erreichte und am 5. Tag wieder zur Norm abfiel. An der injicirten Hautstelle entstanden eigenartige, locale Veränderungen: Blasen- und Oedembildungen mit Auftreten von Gangrän, letztere jedoch nicht an den Injectionsstellen und deren näherer Umgebung, sondern mehr an entfernteren, peripher gelegenen Stellen. Daneben bestanden Anfangs Schmerzen, die durch das Oedem bedingt waren, denen später solche neuritischer Natur folgten. Auf Veranlassung Ehrlich's wurde von Neisser und Altmann der Antitoxingehalt des Serums des Patienten, dem bei Auftreten des Fiebers 2000 I.-E. Diphtherieantitoxin injicirt worden waren, geprüft. Während der höchste bisher beobachtete Antitoxingehalt bei einem Menschen 1 I.-E. pro Cubikcentimeter betrug, ergab die Untersuchung, dass das Serum des

Pat. 6 I.-E. pro Cubikcentimeter enthielt, das wohl als frisches Reactionsproduct der Diphtherietoxin-Injection aufzufassen sein dürfte. HECHT.

98) **Schultz** (Berlin). **Ueber die Bekämpfung der Diphtherie in den Schulen. Bemerkungen über die neuen Vorschriften zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten in den Schulen.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 69. 1909.*

Der Verf. tritt für die Errichtung von „Gesundheitsämtern“ ein, welche die nothwendigen Erhebungen über vorkommende Diphtherieerkrankungen anzustellen hätten, auch die Bacillenträger wären durch bakteriologische Untersuchung herauszufinden und unschädlich zu machen. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

99) **Ottersbach** (Köln a. Rh.). **Ein Fall von Diaphragma laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 11. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte; ätiologisch wird eine in der Jugend sich lange hinziehende Scharlach-Diphtherie als Ursache für den Kehlkopfbefund angesprochen. HECHT.

100) **Arthur Alexander** (Berlin). **Angeborene oder erworbene Stimmlippendefecte?** (Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Sitzung vom 13. December 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 190. 1908.*

Verf. stellt ein 20jähriges Mädchen vor, das stets heiser gewesen ist. Das Schreien als neugeborenes Kind soll stets mit kräftiger Stimme erfolgt sein. Beim Beginn des Sprechens aber war die Stimme bereits heiser.

Die Stimmlippen zeigen beiderseits in völlig reactionslosem Gewebe lefzenartige Defecte der freien Ränder. Die ätiologische Frage bleibt unentschieden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ein gespaltenes Stimmband.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 525. 1908.*

Bei einem 70jährigen Patienten, der sich wegen Heiserkeit vorstellte, wurde eine Spaltbildung der linken Stimmlippe festgestellt, die sich auf die vorderen Zweidrittel der Stimmlippe bezieht. Der median gelegene Theil derselben war von der Stärke eines dicken Fadens und machte bei jedem Versuche, einen Ton hervorzubringen, stark flottirende Schwingungen. Bei der Respiration legte er sich dem äusseren Theil des Stimmbandes dicht an, so dass der Spalt nicht mehr zu erkennen war.

Es handelt sich um ein zerfallenes und dann durch Jodkalium geheiltes Gummi. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **S. Citelli** (Catania). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. B. Fränkel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 538. 1908.*

In Bezug auf den Verlust der Stimme nach Chordectomie sei, meint Verf., ein stimmloser aber canülenfreier Mensch sei besser daran, als ein canülentragender; im

Uebrigen sei eine vicariirende Funktion der Taschenlippen infolge Hypertrophie derselben zu erhoffen.

Verf. meint, wenn man mit passenden Instrumenten (Grünwald'sche Nasenzange) operire, ohne die umgebende Schleimhaut zu malträtiren, seien die besten Erfolge zu erwarten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

103) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie und ihre Nutzanwendung speciell bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 120. 1908.*

In den letzten Jahren hat Verf. bei Behandlung der Kehlkopftuberculose mit einer combinirten chirurgisch-anästhesirenden Methode sehr gute Erfolge gehabt. Diese kommt in allen den Fällen zur Anwendung, in denen es sich um Erosionen, ulceröse Processe handelt, in welchen stärkere Infiltrate, tuberculöse Tumoren bestehen.

Bei geringfügigen, geschlossenen Infiltraten und bei den Entzündungen ohne Epitheldefecte genügt eine nur anästhesirende Behandlung. Verf. ist nämlich der Ansicht, dass der bei jeder Entzündung bestehende primäre Dolor durch Reflex zu Exsudatbildung, Tumor etc. führe und dass daher durch Aufheben des Dolor die übrigen Erscheinungen der Entzündung beseitigt werden.

Den grössten Nutzeffect erreicht man durch submucöse Injectionen in jede beliebige entzündete Stelle im Larynx. Zu den Injectionen verwendet Verf. fast ausschliesslich Novocain 2—5 pCt., 1—2 ccm, in sorgfältig sterilisirter wässriger Lösung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **L. Laub** (Budapest). **Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose und zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 58. 1908.*

Die Untersuchungen sind an der Lungenheilstätte Wilhelmsheim vorgenommen. Es handelt sich bei der Statistik nur um männliche Kranke. In 6,1 pCt. der Fälle von Lungenphthise war Kehlkopftuberculose vorhanden. Unter 114 Fällen von Kehlkopftuberculose waren 61 = 53,6 pCt. einseitig und 3 = 27,2 pCt. doppelseitig.

Von den 61 einseitigen Kehlkopftuberculosen sind 35 = 57,4 pCt. correspondirend mit der Lungenseite und 26 = 42,2 pCt. nicht correspondirend bezw. gekreuzt.

Von allen 114 sind Kehlkopfphthisen also 30,6 pCt. zugleich einseitig und correspondirend, 22,8 pCt. gekreuzt. Die Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose kann somit als Regel nicht betrachtet werden.

Da sich ein ganz bedeutend höherer Procentsatz bei Lungenkranken des III. Stadiums, wo gleichzeitig Kehlkopftuberculose besteht (72 pCt.), vorfindet, als bei der Gesammtzahl der Phthisiker des III. Stadiums ohne Kehlkopftuberculose (17 pCt.), und da 89 pCt. der mit Kehlkoptuberculose complicirten Fälle des III. Stadiums Tuberkelbacillen im Auswurf hatten, während bei der Gesammtzahl der Phthisiker im III. Stadium nur in 29 pCt. Tuberkelbacillen sich im Auswurf vorfanden, so

rechtfertigt dieses Ergebniss die Annahme, dass die Infektion des Kehlkopfs bei einem Lungenkranken vorwiegend durch das bacillenhaltige Sputum zu Stande kommt, ferner, dass die Schwere der Lungenerkrankung, hauptsächlich aber das Vorhandensein eines bacillenhaltigen Lungensputums für die Pathogenese der Larynxtuberculose von grosser Bedeutung ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **Nils Arnoldson** (Stockholm). **Die Behandlung der Larynxtuberculose. (Om larynxtuberkulosens behandling.)** (Referat zur Discussion über die Behandlung der Larynxtuberculose in der Gesellschaft der schwedischen Aerzte am 6. April 1909.) *Hygiea. Mai 1909 eller Allmänna svenska Läkaretidningen. No. 24 und 25. 1909.*

Verf., der seit 2—3 Jahren sich mit der chirurgischen Behandlung dieser Krankheit beschäftigt hat, berichtet über seine Erfahrungen, die im Allgemeinen als sehr gute bezeichnet werden können. Nach einem kurzen Bericht über die Lage der Behandlung der Larynxtuberculose im Allgemeinen bei den Laryngologen spricht er über die gewöhnlichen Voraussetzungen für die Technik des endolaryngealen Eingriffes; als Anaestheticum hat Verf. 35—50procentige Cocainlösung mit Zusatz von Nebennierenextract gebraucht. Wünschenswerth ist es, in einer Sitzung so viel wie möglich von dem kranken Gewebe zu entfernen, die Blutung ist gering und hat als solche nach der Erfahrung des Verf.'s keine Bedeutung. Der Eingriff hat einen curativen und einen palliativen Zweck: im ersten Falle ist er indicirt bei begrenzter Ausbreitung der Krankheit im Larynx mit gutem allgemeinen Zustand und wenig entwickeltem oder stationärem Lungenprocess: die Stimmbänder zu schonen hält Verf. nicht für nöthg, theils weil die Function derselben durch die Krankheit unter allen Umständen gestört ist, theils weil Defecte hier sehr leicht regenerirt werden. Contraindicirt ist der Eingriff, wo Exitus nahe ist und wo totale oder sehr verbreitete Larynxtuberculose existirt, auch wenn die Lungen relativ wenig verändert sind. Bei Perichondritis ist nach der Meinung des Verf.'s die Aussicht auf Heilung sehr schlecht.

Der Eingriff beabsichtigt eine Begrenzung des Processes hervorzubringen und kann wohl nur ausnahmsweise zu einer anatomischen Heilung Veranlassung geben.

Die palliativen Eingriffe sind gegen Dysphagie und Dyspnoe gerichtet; im letzteren Falle ersetzen sie die Tracheotomie.

Seine Erfahrungen hat Verf. bei der Behandlung von 30 Fällen gesammelt; der objective Zustand vor und nach der Operation ist durch gute Zeichnungen demonstrirt.

Nach einer kurzen Erwähnung der extralaryngealen Eingriffe, mit denen Verf. sich nicht beschäftigt hat, gieb er folgende Zusammenfassung:

1. Der absolute Nihilismus in der Therapie und die schablonenartige Behandlung müssen einer vernünftigen activen Behandlung weichen.

2. Wenigstens die grössten Anstalten für tuberculöse Lungenkranke sollen mit solchen Aerztekräften und äusseren Einrichtungen ausgestattet sein, dass die Larynxkranken eine rationelle laryngologische Pflege obligatorisch erhalten können. Discussion.

E. STANGENBERG.

106) **Max Senator** (Berlin). **Kehlkopflupus. Erwiderung auf die Arbeit des Herr. Prof. Albert Rosenberg über „Primären Kehlkopflupus"** (in Fraenkel's Archiv. Bd. 20. Heft 3). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 202. 1908.*

107) **A. Rosenberg** (Berlin). **Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Max Senator.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 204. 1908.*

108) **Max Senator** (Berlin). **Kurze Replik auf vorstehende Erwiderung des Herrn Prof. A. Rosenberg.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 205. 1908.*

Die Uebereinstimmung dreier Fälle legt Senator den Schluss nahe, dass bei maligne verlaufendem Allgemeinlupus der Kehlkopf nach Art der Tuberculose befallen wird. Rosenberg ist geneigt, die von Senator beschriebenen Fälle zu den „unreinen" zu zählen oder wenigstens zu den Ausnahmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

109) **J. Cohen. Ein Fall von primärem Larynx- und secundärem Hautlupus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 151. 1909.*

Bis heute sind nach C. 29 Fälle von primärem Lupus des Kehlkopfs veröffentlicht. C. giebt die Krankengeschichte eines weiteren Falles: Der Lupus beschränkte sich bei der 17 jährigen hereditär tuberculös belasteten Patientin vorerst auf den Kehldeckel. Amputation der Epiglottis; Heilung. Lungen normal. $^1/_2$ Jahr später Lupus des rechten Ohrläppchens; Fortschreiten des lupösen Processes im Innern des Kehlkopfes, lupöse Herde in den vorderen Gaumenbögen. Endresultat noch unbekannt.

OPPIKOFER.

110) **K. Kolb. Die Localisation des Krebses in den Organen in Bayern und anderen Ländern.** *Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. VIII. Heft 2. 1909.*

Unter 8777 krebskranken Männern 91 mit Krebs des Larynx, unter 11266 Frauen 26. Unter 288 Männern mit Sarkom 1mal Localisation im Larynx, unter 300 Frauen keinmal.

FINDER.

111) **Tapia** (Madrid). **Chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Tratamiento guirurgico dal cancer de la laringe.)** *Vortrag im Institut Rubio. April 1909.*

Verf. beschreibt die einzelnen Operationsverfahren von der endolaryngealen Operation bis zur Totalexstirpation und giebt die für jedes Verfahren zutreffenden Indicationen, sowie die nach den verschiedenen Statistiken erzielten Resultate an.

Seine persönlichen Erfahrungen sind folgende: Thyreotomie, zwei Fälle, einer geheilt, ein Recidiv. Halbseitige Exstirpation, drei Fälle, zwei Heilungen, ein Recidiv. Totalexstirpation, drei Fälle, ein Exitus an Bronchopneumonie acht Tage post operationem, ein Todesfall zwei Monate danach an intercurrenter Krankheit, der letzte lebt noch — 20 Monate nach der Operation — ohne Anzeichen von Recidiv.

TAPIA.

112) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Von dem Luftröhren-Schildknorpelschnitt bei Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 207. 1908.*

Verf. bedient sich in geeigneten Fällen zur Operation des Kehlkopfkrebses

des Luftröhren-Schildknorpelschnittes, und zwar pflegt er seit December 1900 die Luftröhrencanüle gleich nach der beendigten Operation herauszunehmen, um den Kehlkopf-Luftröhrencanal vollständig zu nähen. So werden die früher fast in allen Fällen, wo die Canüle 8—10 Tage liegen blieb, aufgetretenen Bronchitiden und schweren Complicationen vermieden. Verf. führt bei der Operation in das Innere der Luftröhre entweder eine gewöhnliche Canüle ein, deren äussere Fläche auf ein Minimum beschränkt ist, oder eine von der Seite abgeplattete Canüle, die dazu bestimmt ist, die Luftröhrenwunde auf ein Minimum zu erweitern und sie infolge dessen minimal zu traumatisiren.

Der Luftröhrenschnitt darf erst dann gemacht werden, wenn die Stillung der Blutung der während der Operation zerschnittenen Gewebe gesichert ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

113) **Finder** (Berlin). **Beitrag zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg. 1909.*

Der erste auf endolaryngealem Wege von Finder operirte Fall mit Carcinom des vorderen Theiles der Stimmlippe zeigte sich bei neuerlicher Untersuchung: 2 Jahre und 7 Monate nach dem letzten Eingriff, völlig recidivfrei. Ein zweiter bisher noch nicht publicirter Fall betrifft einen 72jährigen Herrn, bei welchem Finder eine epitheliale Neubildung am linken Stimmband mit der Zange so gründlich entfernen konnte, dass $1^1/_2$ Jahre nach dem Eingriff eigentlich von der früheren Erkrankung resp. den Folgen der Operation nichts mehr zu sehen war. Ein Unicum stellt der dritte Fall vor, eine nunmehr 76 Jahre alte Frau betreffend, die von Scheinmann im August 1891 endolaryngeal von einem Carcinom der linken Stimmlippe operirt worden war. Jetzt erst, nach 18 Jahren, trat an derselben Stelle ein Carcinom von demselben histologischen Charakter auf. Trotz dieser günstigen Resultate stellt sich der Autor doch auf den richtigen Standpunkt, dass für die endolaryngeale Operationsmethode sich nur eine beschränkte Anzahl von Fällen eignen wird.

SEIFFERT.

114) **Capart jr. Zur Laryngofissur. (A propos de Laryngofissure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler, Sitzung vom 14. December 1907, erwähnt Capart im Anschluss an die Mittheilung Jouquet's in der vorhergehenden Sitzung einen Fall von tertiär-syphilitischer Larynxstenose, bei welchem beide Arytaenoidknorpel ankylosirt waren, und bei dem er vergeblich die Behandlung mit Glasröhren nach dem Vorgang von Mikulicz versucht hatte. Er erzielte aber die Heilung mit einer Hartkautschukröhre, welche der Kranke selbst durch die Trachealöffnung und den Larynx einführte. Dieselbe hatte an ihrem oberen Ende eine dreieckige Oeffnung, durch welche hindurch man beim Laryngoskopiren die Canüle erblicken konnte; im Anfange entfernte sie der Pat. beim Essen, später konnte er sie beständig ertragen; derselbe ist jetzt vollständig geheilt und spricht correct. C. fragt sich, ob man bei der Stenose des Larynx, die dem Chirurgen so viel zu schaffen macht, die seit langer Zeit in der Thierheilkunde für die Cornage der Pferde adoptirte Operation, welche in der Abtra-

gung eines Arytaenoidalknorpels nach einer bis in die kleinsten Details regulirten Methode besteht, nicht auch auf die Chirurgie des Menschen übertragen könnte, indem man das am meisten bewegliche Stimmband bestehen liesse, worunter die Phonation dann kaum zu leiden hätte.

BAYER.

115) **B. Fränkel** (Berlin). **Thyreotomie und Laryngofissur in Localanästhesie ohne allgemeine Narkose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 338 1908.*

Verf. berichtet, dass er seit einem Jahre die Laryngofissur und die Thyreotomie ohne allgemeine Narkose, lediglich mit Localanästhesie ausführt. Zur Localanästhesie dient entweder die Schleich'sche Infiltrationsmethode und schwache Lösungen von Cocain-Adrenalin (1 pCt. mit 3 Tropfen) oder Einspritzungen von 10 proc. Cocainlösung (0,02 g Cocain) ev. mit Zusatz von Adrenalin.

Zur Schleimhautanästhesie dient nach Besprayung mit 1 proc. Cocainspray Bepinselung mit 20 proc. Cocainlösung. Nach Entfernung des Tumors ist die Blutung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gering; bei etwas stärkeren Blutungen gelingt es meist, durch Compression die Blutung zu stillen. Meistens kann die Wunde des Kehlkopfes und der Haut sofort wieder geschlossen werden, nur in Ausnahmefällen muss eine Canüle der Blutung wegen eingelegt werden.

W. SOBERNHEIM (KLEMPERER).

116) **D. Crosby Greene. Laryngotomie und Laryngectomie wegen Carcinom nebst Bericht über vier Fälle. (Laryngotomy and Laryngectomy for cancer with report of four cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Januar 1909.*

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass die Laryngotomie eine allgemeinere Anwendung finden möchte. Er operirt unter Cocain-Anästhesie und gibt vor der Operation zur Vermeidung des Shocks Atropin. Der Pat. liegt in horizontaler Lage, mit einem flachen Kissen unter den Schultern; ist der Larynx geöffnet, so wird Patient in extremste Trendelenburg'sche Lage gebracht und bleibt in dieser bis zum Schlusse der Operation. Verf. macht vor Durchtrennung der Schildknorpel die Tracheotomie. Das Larynxinnere wird von einer kleinen Incision in der Membrana hyo-thyreoidea aus cocainisirt. Nach Spaltung des Kehlkopfes, Ausräumung der Geschwulst und sorgfältigster Blutstillung werden die Knorpelplatten durch Silbernähte vereinigt, Muskeln und Haut in getrennten Schichten genäht und ein kleiner Gazestreifen in den unteren Wundwinkel gelegt. Patient wird nach der Operation zunächst rectal ernährt; das Fussende des Bettes wird hochgestellt.

LEFFERTS.

117) **A. Audibert. Beitrag zum Studium der partiellen und totalen Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale.)** *Diss. Bordeaux 1908.*

In der unter der Leitung von Moure entstandenen fleissigen Dissertation giebt A. vorerst einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Laryngectomie und bespricht dann eingehend die verschiedenen Operationsme-

thoden, die Indicationen und Contraindicationen, die Heilungsresultate. 17 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

118) **J. W. Gleitsmann. Laryngectomie; Methode der künstlichen Hervorbringung der Stimme. (Laryngectomy; specimen. Method of artificial voice production.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Der Patient war ein 60jähriger Mann. Die Kehlkopfuntersuchung zeigte die linke Kehlkopfhälfte erfüllt von einer unregelmässig, anscheinend weichen Geschwulst, die sich unterhalb der Glottis nach unten erstreckte, und einem circumscripten erbsengrossen Tumor oberhalb des rechten Taschenbandes. Nur die linksseitige Geschwulst machte den Eindruck der Malignität; es wurde die Laryngotomie gemacht, die linke Seite gründlich ausgeräumt und das rechte Taschenband gleichfalls entfernt. Einige Wochen später zeigten sich bei der laryngoskopischen Untersuchung auch auf der rechten Seite irreguläre Geschwulstmassen, von denen einige endolaryngeal entfernt wurden. Es wurde die Totalexstirpation nach der Methode von Gluck gemacht; jedoch starb Patient am 7. Tage, wahrscheinlich an Lungenembolie.

Verf. schlägt vor, die laryngectomirten Patienten Uebungen vornehmen zu lassen, die auf die Hervorbringung der sogenannten Pseudo-Stimme hinzielen. Das erste Erforderniss für die Tonproduction ist die Schaffung eines künstlichen Luftbehälters. Die meisten Patienten lernen, sich dadurch eine Windlade zu schaffen, dass sie durch wiederholtes Schlucken Luft im Hypopharynx ansammeln. Dieser Luftbehälter befindet sich unterhalb eines Raumes, der willkürlich in Vibrationen versetzt werden kann und in dem mittels der von unten her ausgestossenen Luft ein Ton producirt werden kann.

EMIL MAYER.

119) **Arthur Lissauer** (Genesungsheim Hösel bei Düsseldorf). **Zur Technik der Kehlkopfbespiegelung mit Sonnenlicht.** *München. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

Autor empfiehlt die Bestrahlung mittels eines Hohlspiegels (Stirnreflector) durch den Arzt selbst vorzunehmen. Durch „die Concentrirung des Sonnenlichtes im Kehlkopfe ergiebt sich eine weit intensivere Bestrahlung bei kürzerer Zeit“. Diese Belichtung erzielt gleichzeitig eine active Hyperämisirung. Man darf die Toleranzgrenze des Patienten nicht überschreiten und muss möglichst die Schmerzgrenze bei der Bestrahlung vermeiden.

HECHT.

120) **C. Nyrop** und **Victor Lange. Eine Larynxzange.** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Beschreibt eine neue Zange.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

121) **Gereda** (Madrid). **Ein neues Kehlkopfmesser. (Un nuovo bisturi laringeo.)** *Revista Ibero Americana de ciencias médicas. October 1908.*

Beschreibung eines neuen sehr practischen Instruments.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

122) **P. Cavatorti. Ueber die Structur der Schilddrüse. (Sulla struttura della ghiandola tiroida.)** *Il Morgagni. No. III. 1909.*

Verf. hat in Ergänzung früherer Arbeiten die Schilddrüsen von Personen untersucht, die aus Gegenden stammten, in denen der Kropf in verschiedenem Grade endemisch ist. Bei Personen aus der Mailander Gegend, wo der Kropf sehr verbreitet ist, ist in den Schilddrüsen ein viel grösserer Antheil von functionirendem Parenchym, als in der Gegend von Parma, die immun ist. FINDER.

123) **Rueda** (Madrid). **Kropf. (Bocio.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 5.*

Mittheilung eines nach Kocher operirten Falles, an den Verf. klinische und physiologische Betrachtungen knüpft. TAPIA.

124) **A. Hamma. Ueber Morbus Basedowii.** *Dissert. Freiburg 1907.*

In dieser Arbeit werden eingehend die chemische Schilddrüsentheorie und die Berechtigung der Schilddrüsenoperation besprochen. OPPIKOFER.

125) **Schaldemose. Ueber die operative Behandlung des Morbus Basedowii. (Om den operative Behandling af Morbus Basedowii.)** *Medicinsk Selskabs Forhandlinger. Hospitalstidende. No. 40. 1909.*

Mittheilung von 20 operirten Fällen von Morbus Basedowii. Von diesen starben drei. Der eine hatte schwere Basedowkachexie, grosse Struma mit Stenose, die zwei anderen hatten schwere Dilatatio cordis. Nach einer kürzeren Verschlimmerung der Basedowzufälle kommt in der Regel eine schnelle Besserung. Verf. meint, dass man immer die medicinische Behandlung erst versuchen darf und dann, wenn man keine Resultate davon bekommt, zur Operation schreiten soll. SCHMIEGELOW (MAHLER).

126) **R. Krueger. Die chirurgische Behandlung der Basedow-Krankheit.** *Diss. Berlin 1908.*

Verf. stützt seine Erfahrung auf 11 Fälle der Bier'schen Klinik. Als zweckmässigste operative Methode empfiehlt K. die einseitige Unterbindung der Gefässe und gleichzeitige halbseitige Exstirpation der Struma. OPPIKOFER.

127) **Clarence A. Mc Williams. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 3. April 1909.*

Verf. räth, in allen Fällen, bevor man eine Operation anräth, die Serumbehandlung nach Rogers und Beebe einzuleiten. Er beschreibt dann die verschiedenen Operationsverfahren und theilt einen Fall mit. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

128) **A. Skopnik. Ueber Epithelialcysten des Oesophagus.** *Dissert. München 1907.*

Der 2jährige Knabe war an rechtsseitiger Pleuritis im Anschluss an Kehlkopfdiphtherie gestorben. Bei der Section (Pathologisches Institut München) fand

sich im unteren Theil der Speiseröhre eine haselnussgrosse Blase (2 Abbildungen) mit etwas durchscheinender Wandung. Der Inhalt bestand aus einer trüben schleimigen Flüssigkeit, die mikroskopisch rundliche blasige gequollene Zellen und hohe cylindrische Epithelien mit deutlichem Flimmerbesatz enthielt. Die Innenfläche der Cyste war vollkommen glatt und trug ein cylindrisches bis cubisches Epithel, kein Plattenepithel. Unter dem Epithel liess sich eine dünne Schicht von lockerem Bindegewebe nachweisen; die äussere Hülle bestand grösstentheils aus glatten Muskelelementen. Gegen den Oesophagus zu war die Cyste vollkommen abgeschlossen; zwischen der musculösen Umhüllung und der Speiseröhre lag etwas lockeres Bindegewebe.

Berücksichtigung der spärlichen Literatur (8 Fälle). Die Genese der Oesophaguscysten wird eingehend besprochen: Die mit Flimmerepithel ausgekleideten Cysten des Oesoghagus sind als Entwicklungsanomalien aufzufassen.

OPPIKOFER

129) **Ewald** (Berlin). **Demonstration eines Röntgenbildes von Stenose der Speiseröhre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 377. 1908.*

Bei einem 39jährigen Mann mit einer Undurchgängigkeit 35 cm hinter den Schneidezähnen war die Sondirung in den Magen nur möglich, wenn man die Sonde ganz an die linke Innenwand des Oesophagus hielt. Ein Röntgenbild von hinten rechts nach links vorn nach Füllung mit Kartoffelbrei-Wismuth veranschaulicht, wie der Oesophagus auf der linken Seite gerade herunterläuft in eine Stenose. Darüber befindet sich nach rechts eine starke Ausbuchtung, das Divertikel. Ursache: Carcinom.

ALBANUS.

130) **Zuberbühler** (Moskau). **Die Elektrolyse bei narbiger Verengerung des Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der Verf. empfiehlt gegen narbige Verengungen des Oesophagus Elektrolyse mit nachfolgendem vorsichtigen Bougiren. Eine Kranke, die 17 Jahre lang an einer narbigen Strictur nach Scharlach litt, und ebenso eine Kranke, die eine narbige Verengung durch Verätzung mit Liquor ammonii caustici spirituosus bekommen hatte, wurden soweit gebracht, dass sie feste Nahrung zu sich nehmen konnten.

ALBANUS.

131) **Rewidzoff** (Moskau). **Ueber eine bis jetzt noch nicht beschriebene Erscheinung, die bei chronisch verlaufenden Stricturen der Speiseröhre beobachtet wird.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. 1908.*

Bekanntlich können beim Schlucken von Flüssigkeiten mittelst der Auscultation in einer bestimmten Speisenröhrengegend, und zwar hinten — bei der Wirbelsäule und auf dem Niveau der 9., 10. Rippe oder vorne — beim Processus xyphoïdeus des Sternums zwei Geräusche festgestellt werden.

Verf. hat nun ein Phänomen bei dieser Auscultation bei Patienten mit Speiseröhrenstrictur beobachtet, welches dadurch begründet ist, dass oberhalb einer Stenose ein Rest einer Schluckmenge einer getrunkenen Flüssigkeit zurückbleibt. Das Phänomen besteht darin, dass auscultatorisch nach dem ersten Schluck bei wiederholten Leerschlucken dieselben Geräusche hörbar wurden.

ALBANUS (ZARNIKO).

132) **Guisez. Unpassirbare Narbenstenosen des Oesophagus und Oesophagoskopie.** *Annales des mal. de l'oreille. T. XXXV. No. 9.*

Zusammenstellung von 35, theils ganz verzweifelten Fällen von unpassirbaren Narbenstenosen der Speiseröhre, die vom Autor auf ösophagoskopischem Wege behandelt und grösstentheils (28 Fälle) geheilt worden sind, mit nur 4 Todesfällen. Guisez hat Anfangs die interne Oesophagotomie gemacht. In letzterer Zeit wendet er ausschliesslich die circuläre Elektrolyse an, für die er ein eigenes Instrument angegeben hat. Den Gebrauch von Thiosinamin hält Guisez für gefährlich, weil dasselbe durch Auflockerung des parietalen Narbengewebes der Perforation des Oesophagus Vorschub leistet.

LAUTMANN.

133) **A. Martin** (Barcelona). **Die Oesophagoskopie und die Spasmen des Oesophagus. (La esofagoscopia y los espasmos del esofago.)** *Revista barcelonesa de enfermedadas de la garganta. No. 15.*

Verf. beschreibt 3 Fälle von Spasmen, wo die klinischen Erscheinungen auf Malignität deuteten; erst die Oesophagoskopie machte die Diagnose sicher.

TAPIA.

134) **Botey** (Barcelona). **Klinische Bemerkungen zur Oesophagoskopie. (Casuistica esofagoscopica.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

1. Schnalle im Brusttheil des Oesophagus bei einem 14 Monate alten Kind. Tod.

Ein Arzt machte blindlings Extractionsversuche. Acht Tage später machte Botey die Oesophagoskopie und konnte das Rohr bis zur Cardia schieben, ohne den Fremdkörper zu finden. Jedoch glaubte er in dem Moment, wo das Rohr die Sternalgegend passirte, eine Resistenz zu fühlen. Die Radioskopie ergiebt, dass der Fremdkörper noch vorhanden ist. Botey will eine neue Oesophagoskopie machen, aber das Kind bekommt Fieber (39^0) und Emphysem am Hals. Exitus infolge Herzschwäche.

2. Knochen im Oesophagusmund; Extraction mittelst Hypopharyngoskopie.

TAPIA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Blumenfeld** (Wiesbaden), **Specielle Diätetik und Hygiene der Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1909, A. Hirschwald.

Die Erfahrungen, welche der Verf. in mehrjähriger Thätigkeit an der Heilanstalt Falkenstein im Taunus zu sammeln Gelegenheit hatte, konnte er ergänzen und vervollkommnen in einer langjährigen specialistischen Thätigkeit. Die erste im Jahre 1897 erschienene Auflage, die auf das Freundlichste begrüsst wurde (s. d. Blatt, 1898, S. 225), ist in wesentlicher Form vermehrt und umgearbeitet und wird, wie die erste, sich viele Freunde erworben. Der Werth dieses Büchleins liegt nicht darin, dass der Verf. etwa alle seit dem Erscheinen der ersten Auflage

empfohlenen Nährpräparate anführt oder kritisch bespricht, sondern dass er für die Diätetik bestimmte Grundsätze aufstellt, die eine sichere Basis für das therapeutische Handeln auf dem Gebiete der Ernährungstherapie geben sollen. Ausser der Ernährungslehre sind natürlich auch die wichtigsten Fragen der Körperpflege, die Therapie einzelner Krankheitserscheinungen und Complicationen, die klimatische und psychische Behandlung, die Beziehungen des Berufes zu der tuberculösen Erkrankung und das Geschlechtsleben besprochen. In seinem Anhang finden sich noch spezielle diätetische Vorschriften und eine Tabelle zur Berechnung der Nährwerthsumme (nach Brechte). Seifert.

---

b) 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg.

XXIII. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

I. Sitzung Montag, 20. September 1909.

Vorsitzender: O. Chiari (Wien).

O. Kren (Wien): Ueber Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen.

Während die Ophthalmologie, die Rhino-Laryngologie und die Otiatrie schon lange von der allgemeinen Medicin als specielle Fächer abgetrennt worden sind, ist die Stomatologie noch nicht zu einem selbstständigen Specialfach ausgebildet. Durch die Praxis ist eine gewisse Auftheilung dieses Grenzgebietes an die Laryngologen, Chirurgen und Dermatologen erfolgt. Um die gegenseitige Ergänzung der Kenntnisse zu fördern, beschäftigt sich Vortragender seit einigen Jahren mit dem Studium der Schleimhautläsionen bei Dermatosen. Um so freudiger folgt er deshalb der Aufforderung, einen Theil seiner Sammlung der Mundhöhlenerkrankungen der Abtheilung für Laryngologie vorführen zu können. Das Studium der Hautkrankheiten in ihrer Schleimhautläsion ist wegen verschiedener Momente schwierig; die bei vielen Hautkrankheiten oft maasgebenden Farbennuancierungen sind viel weniger deutlich. Die Einförmigkeit des Baues der Schleimhaut und die stete Maceration der entstandenen Efflorescenzen durch den Speichel, bringen im Aussehen der verschiedenen Primärläsionen eine gewisse Monotonie zu Stande, welche die Diagnose um so schwieriger werden lässt. Trotzdem ist es auch hier durch langjährige Uebung möglich, gewisse Kenntnisse zu erwerben und schliesslich auch Hauterkrankungen zu diagnosticiren, welche bloss auf der Schleimhaut localisirt sind. An der Hand von 50 bis ins feinste Detail ausgeführten Aquarellen von dem Wiener Maler Jacob Wenzl bespricht nun der Vortragende die Symptome und Differentialdiagnose des Erythema multiforme, Erythema urticatum, gewisser toxischer Erytheme und des Pemphigus. Von den weiteren Entzündungen werden noch Lichen ruber planus und Lupus erythematodes in zahlreichen Bildern demonstrirt. Von Acanthosis nigricans und Xeroderma pigmentosum werden ebenfalls einige Bilder projicirt und in kurzen Zügen das betreffende Krankheitsbild entworfen. Genauer geht der Vortragende auf die Betheiligung der Schleim-

haut bei Sklerodermie ein, die ebenfalls in zahlreichen Bildern vorgeführt wird. Die Sklerodermie ist eine Erkrankung, die fast regelmässig die Mundhöhle und besonders die Zunge befällt, was bis nun von allen Autoren geleugnet wurde. In den grösseren Arbeiten und Monographien über Sklerodermie findet man stets Angaben der besonders grossen Seltenheit der Schleimhauterkrankung. Nach Lewin und Heller, nach Notthafft wären es nur einige Procente, in welchen man eine Mitbetheiligung der Schleimhaut am sklerodermatischen Process vorfindet.

Durch sorgfältiges Studium dieser Erkrankung am reichen Materiale der Wiener Klinik hat sich jedoch erwiesen, dass diese Meinung fallen gelassen werden muss. Der Vortragende bespricht nun die an sich allerdings oftmals recht unscheinbaren, aber im späteren Verlaufe schwer störenden Krankheitserscheinungen an der Schleimhaut und Zunge, die durch die blosse Functionsstörung allein schon erkannt werden kann. Ferner werden noch Abbildungen gewisser Missbildungen, die Haut und Schleimhaut oft gleichmässig treffen, demonstrirt.

Naevus Pringle, Neurofibromatosis Recklinghausen und multiple Teleangiectasien sind hier die relativ am häufigsten in Betracht kommenden Affectionen. Schliesslich demonstrirt der Vortragende noch Xanthome bei Diabetes, auf der Schleimhaut localisirt, in Knoten- oder Streifenform, sowie einige Bilder von Sarcoma idiopathicum Kaposi, das in grossen und kleinen Knoten, wie in flachen Infiltraten die Schleimhaut befällt.

O. Chiari (Wien): Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.

Chiari lässt die Nasenblutungen weg, weil dieselben schon so vielfach nach allen Seiten eingehend erörtert wurden. Auch bringt er nur Erfahrungen aus seiner Klinik und seiner Privatpraxis und berücksichtigt nur jene Fälle, welche nicht der grossen Chirurgie angehören.

Blutungen aus dem Nasenrachenraum wurden spontan nur bei Angiofibromen, Sarkomen und Carcinomen beobachtet. In schweren Fällen musste die Belloc'sche Tamponade angewendet werden. Zur Vermeidung von Blutungen und Nachblutungen infolge der Adenotomie wird die genaueste Untersuchung des Patienten auf alle zu Blutung neigenden Erkrankungen zur Pflicht gemacht. Bei jährlich 800 Adenotomien in der Klinik kamen in nahezu 9 Jahren nur 6 stärkere Nachblutungen vor, welche aber theils spontan, theils nach Belloc'scher Tamponade aufhörten.

Blutungen aus dem Rachen und dem Isthmus faucium kamen bei zerfallenen Neubildungen manchmal zur Beobachtung. Stillung durch Eispillen oder Galvanokaustik. Näher wird eingegangen auf die seltenen Fälle schwacher, aber oft sich wiederholender Blutungen aus ausgedehnten Venen, über welchen katarrhalische Erosionen liegen. Sie ängstigen den Patienten, weil sie Lungenblutungen vortäuschen, welche auch öfters in ähnlicher Weise beginnen. Genaue Untersuchung der Lunge, welche ja gewöhnlich der Ursprungsort solcher Blutungen ist, sowie aller oberen Luftwege, auch der Nase, des Gaumens, des Zahn-

fleisches, des Zungengrundes, ist unbedingt nöthig. Heilung durch galvanokaustische Verätzung der arrodirten Vene. Schliesslich werden zwei Fälle von Angiomen des harten Gaumens beschrieben, welche auch Lungenblutungen vortäuschten, sehr schwer zu finden waren und durch Aetzung geheilt wurden.

Blutungen nach der Tonsillotomie. Bei jährlich 600 solcher Tonsillotomien kam es in 9 Jahren zu keiner tödtlichen, wohl aber 27mal zu recht bedrohlichen Blutungen. Meistens waren es spritzende Arterien des Gaumenbogens. Die Blutstillung gelang theils durch Eispillen, theils durch Galvanokaustik, am häufigsten durch das Tonsillencompressorium, welches bis zu 12 Stunden liegen blieb. Chiari warnt vor Tonsillotomie bei Menschen über 45 Jahren, bei frischer Entzündung der Mandeln und bei allen zu Blutungen disponirenden Erkrankungen. Ueber die Tonsillectomie hat Chiari nur sehr unbedeutende Erfahrung.

Blutung nach Incision von peritonsillären Abscessen. Eine gefährliche Blutung beobachtete Chiari nur einmal bei einem jungen, an Masern erkrankten Privatpatienten. Nach Incision an der gewöhnlichen Stelle trat Blutung aus einer Vene des vorderen Gaumenbogens auf, welche durch Umstechung gestillt wurde. Es werden auch die nothwendigen Vorsichtsmaassregeln bei der Incision solcher Abscesse erörtert.

Blutungen aus dem Kehlkopfe kamen nie in gefahrdrohender Weise vor, ausser bei zerfallenden Carcinomen, doch konnten auch diese durch galvanokaustische Aetzung oder Betupfung mit Wasserstoffsuperoxydlösungen beherrscht werden. Sonst kam nie, weder spontan, noch auch nach intralaryngealen Operationen, noch auch nach Geschwüren oder Quetschungen eine gefahrdrohende Blutung zur Beobachtung. Interessant war ein Fall von spontanen, geringen Blutungen aus einer Erosion in der Gegend des Ringknorpels; diese Erosion konnte erst nach öfterer directer Tracheoskopie aufgefunden werden und wurde unter Leitung des Kehlkopfspiegels verätzt. Heilung.

Blutungen aus der Trachea wurden bei Carcinom spontan oder auch nach tracheoskopischer Exstirpation von Carcinom oder Cylindrom beobachtet, waren aber leicht zu beherrschen. Einige Fälle von Durchbruch eines Aneurysmas in die Trachea führten natürlich zur Verblutung.

Discussion:

Nadoleczny (München) verweist auf die Arbeit eines englischen Autors in den Archives of Laryngology, der sich der Mühe unterzogen hatte, sämmtliche Fälle von Blutungen bei Supratonsillarabscessen etc. zusammenzustellen und zu klassificiren. Nach Incision von anderer Seite sah Redner bei einer älteren Dame zwei Nachblutungen, die beide bei Nacht und spontan am 3. und 4. Tage nach dem Eingriff aufgetreten waren und spontan standen. Eine merkwürdige Blutung ohne vorhergegangenen Eingriff bei einer 60jährigen Patientin nach überstandener Diphtherie kam von der seitlichen Rachenwand hinter dem Gaumenpfeiler etwa 1—2 cm oberhalb des Gaumensegelrandes, recidivirte mehrmals täglich während einer Woche und stand schliesslich — ob post hoc oder propter hoc ist fraglich — nach der von chirurgischer Seite vorgenommenen Retronasaltamponade. Patientin

machte darauf eine hypostatische Pneumonie durch und starb infolge einer Nephritis, deren Vorhandensein zur Zeit der Blutung nicht nachweisbar war. Bei einem 6jährigen Mädchen trat schliesslich nach glatt erfolgter Adenotomie mit Schütz'schem Instrument in der Nacht vom 5. zum 6. Tage eine starke Blutung auf, die auf Suprareninspray stand und nicht mehr wiederkam. Die spätere postrhinoskopische Untersuchung ergab einen ganz kleinen Rest am oberen (nicht unteren) Wundrand, der livid verfärbt war, wie es Stegmann im 21. Band vom Archiv of Laryngology angiebt. Schliesslich fragt N. an, ob der Vortragende Nachblutungen nach Schlitzung von Tonsillentaschen gesehen habe, wie sie ihm zweimal vorkamen, und zwar bei weiblichen Patienten einmal von 24stündiger, einmal von 12stündiger Dauer. Blutstillung durch Injection von Suprarenin in das Tonsillargewebe. Auf Anfrage des Vortragenden, warum er ein Gegner der digitalen Untersuchung auf Rachenmandelhyperplasie sei, erwiderte er, dass ihn hiervon hauptsächlich der psychische Effect der Untersuchung bei Kindern abhalte. Solcherweise untersuchte Kinder sind nachher kaum mehr zu untersuchen und zu behandeln. Deshalb sollte man immer postrhinoskopisch oder eventuell nach Anwendung von Suprarenin von vorne den Nasenrachenraum untersuchen und die digitale Methode auf die wenigen Fälle beschränken, deren Untersuchung anders nicht möglich ist.

Grünwald (Reichenhall-München): Die Vortäuschung von Hämoptoe durch Retronasalblut erfolgt in der Weise, dass das Blut entlang der Plica salpingopharyngea direct, wie in einer Rinne, unter die Plica ary-epiglottica zur Rima interarytaenoidea fliesst, ein Weg, den auch das Secret einschlägt und den man oft aufs genaueste beobachten und dadurch den Ursprung nachweisen kann. Dass die nach Stichelung eines Supratonsillarabscesses erfolgte Blutung nicht auf die Operation an sich zurückzuführen ist, ist im berichteten Falle klar; weniger verständlich, wie die von J. Killian und Grünwald angegebene Sondeneröffnung dieser Abscesse noch immer nicht durchgedrungen ist, obgleich mit diesem Verfahren die Coupirung der Entzündung gelingt, auch bevor noch Eiter sich deutlich gebildet hat. Seltene Ursachen von Blutungen sind solche wie Arteriosklerose in dem seiner Zeit berichteten Fall mit tödtlichen Ausgang nach der Abtragung eines Stimmbandpolypen, ferner septische Gefässlähmung bei Diphtherie, so dass die Blutung nur durch Compression mit den unpermeablen Penghavar Dijambi-Tampons gestillt werden konnte. Auch bei galvanokaustischer Zerstörung eines Sarkoms und bei Tuberculose im Kehlkopfe hat Grünwald Blutungen erlebt, zu deren Stillung bei Sarkom einmal sofortige Laryngofissur mit Tamponade nöthig wurde. Für letztere Eventualität hat sich die Compression der Art. thyreoidea sup. mittelst der auf dem I. internationalen Laryngologen-Congresse angegebenen Handgriffe jedesmal als wirksam erwiesen. Aneurysmen der Art. palat. ascend. sind noch fast jedesmal für Abscesse angesehen und angeschnitten worden, natürlich mit der Wirkung starker Blutung. Die Diagnose ist nämlich nicht leicht, da die Schleimhaut unverändert und Pulsation meist minimal ist. Ueber die erste Beobachtung dieser Art wurde seiner Zeit (1872) berichtet. Die neuerlich empfohlene Serumanwendung hat sich in einem Falle mit unstillbarer post-

operativer Nasenblutung als sehr wirksam erwiesen, so dass sie neuerlich zur Nachprüfung empfohlen werden kann.

G. Goldschmidt (Reichenhall): Unter den Tonsillotomien meiner Praxis erlebte ich bei einem 12jährigen Mädchen eine furchtbare Blutung. Dieselbe trat erst mehrere Stunden nach der Operation auf. Ich wurde zu einer angeblichen Magenblutung Nachts gerufen. Ich bestrich die blutende Wunde mit Adrenalin und die Blutung stand sofort. Seit dieser Zeit pflege ich jeder blutigen Operation in den oberen Luftwegen Adrenalinbepinselungen folgen zu lassen und habe dies nicht zu bedauern gehabt.

Th. S. Flatau (Berlin): Wie wichtig die Berücksichtigung des allgemeinen Status ist, beweist ein Fall von obturirenden Nasenpolypen bei einer hämophilen Patientin, wo F. die Operation ablehnte; sie wurde dann anderwärts operirt — mit tödtlicher Verblutung. F. hat auch mehrfache Unterbindungen von spritzenden Arterien nach der Tonsillotomie machen müssen, was ja der einfachste und sicherste Weg ist. F. erwähnt dann noch einige Fälle von Lungenblutungen bei larvirtem Keuchhusten und diejenigen nach stimmlichen Anstrengungen bei Sängern und Sprechern.

A. Heindl (Wien): Was die Blutungen nach Adenotomie aus Nase und Nasenrachenraum anbelangt, so hat Vortragender die Bemerkung gemacht, dass sie meistens dann erfolgte, wenn mit Zangeninstrumenten gearbeitet und der Vomer verletzt wurde. Dort läuft die Arterie und findet der Vomer eine häufige Fortsetzung über das Rachendach, so wird auch dort die Arterie noch mit dem Beckmann'schen oder anderen Messern erreichbar. Redner pflegt aber, wenn möglich, sich vor der Operation durch Digitaluntersuchung über die Anatomie des Nasenrachenraumes zu orientiren.

Was den Fall einer Blutung nach Incision eines Peritonsillarabscesses anbelangt, so wurde die Incision vom Redner gemacht. Die Blutung erfolgte, weil Morbillen und die anderen infectiösen acuten Exantheme immer mit Gefässparalyse resp. Herabsetzung des Gefässtonus einhergehen. Wenn es zu vermeiden gewesen wäre, hätte Redner auch in diesem Falle den operativen Eingriff nicht vorgenommen.

O. Kahler (Wien) berichtet über einen Todesfall nach Tonsillotomie, der auf Combination eines compensirten Vitium cordis mit Status lymphaticus zurückzuführen war. Nachblutung war nicht aufgetreten.

Chiari (Schlusswort) erklärt, dass er Killian's Methode der Eröffnung der Peritonsillitis durch die Fossa supratonsillaris oft versuchte, aber nur selten in den Eiterherd gelangte. Das Adrenalin vor der Tonsillotomie ist nicht angezeigt, weil es die Blutgefässe für 3 Stunden contrahirt; man kann dann unmittelbar nach der Operation eventuell gar keine Blutung finden, während sie 3 Stunden später beginnt. Chiari ist für digitale Untersuchung vor der Adenotomie, weil sie Aufschluss giebt über alle Verhältnisse und namentlich über bedeutendes Hereinragen der Tubenwülste. Diese könnten sonst durch ein breites Adenotom verletzt oder theilweise abgetragen werden. Chiari beobachtete zwei solche Fälle ohne Nachtheil für das Ohr (einen eigenen und einen fremden). Eine Infection durch den Finger wird vermieden durch Desinfection des Fingers und Anwendung

eines sterilen Fingerlings. Nach Schlitzung der Mandellacunen beobachtete Ch. nie eine nennenswerthe Blutung.

O. Kahler (Wien): Klinische Beiträge zur Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Der Vortragende bespricht zunächst die an Hofrath Chiari's Klinik geübte Technik der Oesophagoskopie und die bei der Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre erzielten Erfolge. In den letzten acht Jahren konnten 89 Fremdkörper durch das Oesophagoskop gesichtet werden, 81 mal gelang die Extraction durch das Oesophagoskop, in 8 Fällen wurden die Fremdkörper gelockert und glitten in den Magen. Nach kurzer Besprechung der tracheo-bronchoskopischen Fremdkörperfälle (16 gelungene Extractionen) erörtert Redner die Bedeutung der Bronchoskopie für die interne und die chirurgische Klinik. Angeregt durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Prof. Stoerk's konnte er bronchoskopisch in Fällen von Mitralstenose erhebliche Verengerungen des linken Bronchus constatiren, die durch den vergrösserten linken Vorhof verursacht wurden. Durch das Bronchoskop konnte in zwei Fällen von Aortenaneurysmen und in einem Falle von Mediastinaltumor ein fast vollständiger Trachealverschluss constatirt werden; dadurch war die Indication zur Anlegung einer Bronchusfistel (nach dem Vorschlage Gluck's) gegeben. In dem einen Falle konnte die Auffindung eines grösseren Bronchus dem Chirurgen durch das während der Operation eingeführte bronchoskopische Rohr erleichtert werden. In allen Fällen besserte sich die Dyspnoe nach der Operation, doch überlebte die Patientin dieselbe nur um kurze Zeit (bis zu vier Tagen).

A. Heindl (Wien): Bronchoskopische Mittheilung.

Vortragender bespricht einen Fall von Stenosirung der Trachea durch einen in der Gegend des dritten Trachealringes von links und rückwärts hineindrängenden Tumor mit glatter gut vascularisirter Schleimhautoberfläche, dessen Natur und Grösse er durch die directe Tracheo-Bronchoskopie feststellen wollte, wobei Pat. eine plötzliche Asphyxie erlitt, welche nur durch sofortige Vornahme der Tracheotomie behoben werden konnte. Der Tumor war ein durch Druck und Zug an der Trachea Volumsschwankungen unterliegender cystoid degenerirter Antheil einer Struma, welche von rückwärts und seitwärts her die Trachea comprimirte. Ausserdem stellte sich später heraus, dass die chondromalacisch veränderte vordere Trachealwand aspirirt worden war. Auch fand sich ein substernaler zweiter Knoten, der sich später entwickelt und die vordere Wand eingedrückt und erweicht haben dürfte, da der Patient später wieder asphyktische Anfälle erlitt und 4 Monate nach der Tracheotomie in der Nacht einem Anfalle cardialer Dyspnoe, trotzdem er die Canüle trug, erlag. Daraus zieht Vortragender folgende Schlüsse: 1. Dass man, wie Killian schon erwähnte, derlei Untersuchungen, wenn es sich um Stenosen der Trachea oder der grossen Bronchien handelt, nur vornehmen soll, wenn zur Tracheotomie vorbereitet ist oder, wie Autor vorschlägt, in der Narkose, um den Widerstand des Patienten, seine Muskulatur und die leichte Erregbarkeit des Athmungscentrums auszuschalten. 2. Dass man bei Stenosen, bedingt durch Narben oder Geschwülste, besonders wenn diese von aussen kommen, immer

mit einer partiellen oder allgemeinen Erweichung der Trachealwand zu rechnen haben wird und deswegen schon die obige Forderung aufrecht bleiben muss. 3. Mehr als die harten, derben Geschwülste (Carcinom, Drüsentumoren) kommen als Hinderniss für die directe Tracheo-Bronchoskopie die durch Druck und Zug der Muskulatur, durch venöse Stauung vom Cor aus leicht einer Volumsveränderung unterliegenden cystischen und blutreichen Geschwülste in Betracht, wozu in erster Linie die Strumen zu zählen sind. 4. Nimmt die Stenose während der Untersuchung zu, so darf das Rohr nicht den Rückweg antreten, sondern muss tiefer geführt werden, resp. liegen bleiben, bis die Tracheotomie vollzogen ist. 5. Die Erweichung der Trachealwand wird Axendrehung und Aspiration häufig zur Folge haben. 6. Dass viele Asphyxien mit aber auch ohne Stenosirung der Trachea auf Rechnung der erworbenen oder habituellen Weichheit derselben zu setzen sind und durch Zug und Aspiration infolge forcirter Athmung zu Stande kommen. a) Erworben kann sie sein durch Geschwülste in- und ausserhalb der Trachealwand gutartiger und bösartiger Natur, durch acute und chronische Entzündungen (durch Syphilis und andere dyskrasische Allgemeinerkrankungen, durch Narben und Canülendruck [Pieniaczek]). b) Habituell kann sie sich finden bei Anämie und Unterernährung (hereditäre Lues), besonders aber im Kindesalter, daher auch hierbei häufig die bedrohlichen Erscheinungen bei Pertussis etc.

II. Sitzung Dienstag, 21. September 1909.

Vorsitzender: Th. S. Flatau (Berlin).

Th. S. Flatau: Zur Behandlung der phlegmonösen Angina.

Jeder erfahrene Practiker wird zugeben, dass in der poliklinischen und auch in der privaten Therapie der phlegmonösen Angina die Situation für uns Aerzte im Leben nicht so einfach ist, wie es nach dem chirurgischen Satz: „Ubi pus ibi evacua" scheinen könnte. Weder ist immer die Localisation des phlegmonösen Processes an den einzelnen Stellen des lymphatischen Rachenringes so deutlich, dass Täuschungen bei der Incision ausgeschlossen sind, noch sind die klinischen Zeichen der Differenzirung und Fluctuation immer so eindeutig, dass der berechtigten Incision auch wirklich immer eine Entleerung des Eiters folgt. Wenn nun auch die Erwägungen mancher Lehrbücher zutreffen mögen, dass auch eine solche Incision, um eine Entspannung herbeizuführen, willkommen sei, so wissen wir doch, dass die nicht zu unterschätzenden Qualen unserer Patienten in diesem Falle recht wenig günstig beeinflusst werden. Der Hungerzustand bleibt bestehen und zu den wüthenden Schmerzen des phlegmonösen Processes summirt sich der Wundschmerz. Auch wird das Vertrauen zu dem Therapeuten nicht gehoben. Wenigstens habe ich häufig in meinem Ambulatorium so vorbehandelte Patienten gesehen, die aus der Behandlung ihrer Aerzte weggeblieben waren. Nicht zum wenigsten fallen unter diese Kategorie der Enttäuschten diejenigen, die gewöhnt sind, ein- oder mehrmals von solchen Phlegmonen befallen zu werden. Manche Collegen sind von der frühen Incision ganz und gar abgekommen. Sie warten nach der Väter Sitte unter Verwendung von Hitze und Grütze die grosse Prominenz und Fluctuation ab und incidiren spät.

Aber auch diese Methode, bei der die Qual des Patienten vermehrt wird und der Inanitionszustand recht übel wirkt, hat noch eine besondere, ihr innewohnende Gefahr, die sich gerade mit der Spätincision verbindet, das ist die Arrosion der Arterienwand. Ich habe einen solchen Fall bei einem 4jährigen Kinde in meinem Ambulatorium erlebt. Bei einer grossen phlegmonösen, fluctuirenden Verschwellung, die keine besondere Pulsation zeigte, wurde die übliche Incision gemacht mit sofortigem Exitus durch Carotisblutung. Der unglückliche Ausgang vollzog sich in weniger als einer Secunde, ehe man an Compression denken konnte. Von jeher war es wohl der Wunsch der Therapeuten, eine coupirende Methode der Behandlung zu besitzen, wobei schon in den Frühstadien eine Rückbildung des Processes bewirkt werden sollte. Eine sehr einfache Behandlungsmethode, die ich seit vielen Jahren ausübe, bezweckt, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, nicht der Incision und Entleerung des Secretes auszuweichen, aber sie macht sie in der That oft unnöthig, weil sie einen Stillstand und eine Rückbildung des Processes bewirkt. Die Behandlung setzt sich aus zwei Eingriffen zusammen, von denen der eine eben jenen Stillstand durch Rückbildung des Processes selbst zu bewirken versucht, der andere die etwa dort nothwendige Entfernung des Secretes sicher und gefahrlos zu gestalten bestrebt ist. Jene Absicht erfüllt die dem Sonderzweck angepasste Stauung; sie wird ausgeführt durch einen einfachen Apparat, bei dem je nach dem Sitze des Processes die Stellen der seitlichen Halsgegend nach oben bis zur Umgebung der Ohrmuschel, nach unten und vorne bis zum Ansatz der Kopfnicker in der Weise behandelt werden, dass eine besonders energische und langdauernde Durchströmung der Hauptpartien unter dem Stauglase erzeugt wird. Hierzu dient ein Apparat, dessen Glastheil ein oben geschlossenes Zuflussrohr enthält, das nur an einer Seite eine Oeffnung besitzt. Auf ihr sitzt ein kegelförmiger Gummistopfen, der ebenfalls eine seitliche Oeffnung besitzt, die diejenige des Glasrohres deckt, während der comprimirte Gummiballon aufsitzt und die Aspiration vollzieht. Wird der Gummistopf danach um seine Achse gedreht, so bildet er ein sicher schliessendes Ventil und der Gummiballon kann entleert werden. Je nach der Schwere und Ausbreitung des Processes werden ein bis drei Stück solcher Glasballons angesetzt. Sie bleiben bis zu einer Stunde liegen. Entweicht etwas Luft, so wird immer nachgesaugt. Die gesammte Application geschieht nach der Schwere des Processes zwei- bis dreimal täglich. Neben der rückbildenden Kraft auf den Process selbst ist die günstige Wirkung auf die Schmerzen und auf das Allgemeinbefinden hervorzuheben. Selbst in Fällen, die incisionsreif erschienen, kann während der Application gut geschluckt werden. Es liegt auf der Hand, wie wichtig es ist, diese im Moment eintretende Wirkung für die Nahrungsaufnahme auszunützen. In diesem Sommer, wo eine grosse Zahl von Phlegmonen in Berlin zur Beobachtung kam, hatte ich zufällig an einem Tage das Geschick, viermal zu schweren phlegmonösen Fällen consultirt zu werden. Bei allen diesen Fällen war die augenblickliche Wirkung in diesem Sinne von den behandelnden Collegen mit Staunen und von den Patienten mit grosser Befriedigung aufgenommen worden. Das andere Hülfsmittel zur Sicherstellung der Incision ist auch einfach und alt genug. Es ist die Probepunction. Ein genügend langer, je nach der Lage der Schwellung passend abgeboge-

ner Troicart bleibt während des Einstiches mit der Glasspritze in Verbindung. Der Einstich selbst ist im Vergleich zur Incision so wenig schmerzhaft, dass man keine Schwierigkeiten hat, ihn mehrfach an verschiedenen Stellen und Tiefen zu wiederholen. Wird nun an einer Stelle Eiter gefunden, so kann das Instrument in der Einstichstelle liegen bleiben und wie eine Sonde benützt werden. Die Incision selbst wird dann mit einem zweischneidigen Messer und geeigneten Scheeren angeschlossen. Ich möchte Ihnen nach meinen — durch viele Jahre fortgesetzten — Beobachtungen mein Verfahren an dieser Stelle dringend empfehlen. Ich bin gewiss, Sie und Ihre Patienten werden damit wohl zufrieden sein.

Chiari betont, dass er die Saug- und Aspirationstechnik bei Angina phlegmonosa für sehr zweckmässig finde und nicht anstehe, sie bestens zur Erprobung zu empfehlen.

III. Combinirte Sitzung mit der Abtheilung für Otologie.

Vorsitzender: L. Grünwald (Bad Reichenhall-München).

Th. S. Flatau (Berlin): Ueber einen neuen Apparat zur Messung der Stimmstärke (Stimmstärkemesser nach Flatau und Wethlo).

Der Wunsch nach einem objectiven Maass für die Stimmstärke wurde für mein Arbeitsgebiet nicht nur durch theoretische Erwägungen hervorgerufen, sondern auch durch die dringenden Erfordernisse der phonetischen Praxis. Bei der Behandlung der functionellen Stimmstörungen ist in der Mehrzahl der Fälle auch nach der Herstellung der normalen Intonationsbewegung eine Ueberwachung der Patienten nothwendig. Es darf zunächst noch nicht mit beliebiger Stärke und auch nicht zu lange hintereinander phonisch gearbeitet werden. Auch die Beanspruchung der Höhe erfordert noch Vorsicht. Nach allen drei Richtungen werden häufig Fehler gemacht, sowie die Patienten sich selbst überlassen sind. Oft treibt sie der Wunsch, bald zu schnell wieder zu Bühnen und Concertleistungen zu gelangen, zu hastig vorwärts. Dann ist es gar zu verführerisch für sie, in der neu gewonnenen Klangfülle zu schwelgen und endlich verwechseln sie auch gar häufig Tragfähigkeit und Intensität. Von den bisherigen Versuchen ist Lucae's Phonometer am bekanntesten. Bei diesem Apparate wird der Winkel gemessen, um den ein pendelnd aufgehängtes Glasplättchen durch den phonischen Luftstrom aus seiner Ruhelage abgelenkt wird; es ist also einem Anemometer ähnlich. Zwaardemaker hat bereits treffend darauf hingewiesen, dass die Verschiedenheit des Luftaufwandes bei der phonischen Arbeit den Werth dieses Systems herabsetzt. Für unseren Zweck, wo es sich oft um noch ungeübte Sänger und Redner handelt, war dieser Weg von vorneherein aus diesem principiellen Grunde ungangbar. Da der Kunstsänger schon verhältnissmässig früh die Fähigkeit hat, Intensitätsveränderungen vorzunehmen, bei denen weniger die transportirte Luft in Betracht kommt, als die gewählte Hauptrichtung, die er durch den Typus und die Variationen seiner Kunstathmung den Schallstrahlen anweist, so versprach auch die Berechnung der Energie mit Hülfe der transportirten Luftmenge und dem subglottischen Luftdruck keinen practisch constructiven Erfolg. Die neuen Versuche Stephanini's, wobei durch galvanometrische Messung mikrophonischer Ströme

eine Art von Aichung der persönlichen Stimmstärke ermöglicht wird, sind bei dem Abschlusse unserer Construction durch ausführliche Beschreibung erst bekannt geworden. Bei meinen persönlichen Erfahrungen, die ich gerade in den letzten Jahren bei Mikrophonen hinsichtlich einer anderen Versuchsreihe gesammelt habe, scheint mir aber die Empfindlichkeit und Inconstanz der Mikrophone nicht günstig für die Herstellung eines einfachen auch für den Gebrauch des Patienten bestimmten Apparates. Für unseren Zweck musste auch von dem Mittel der photographischen Fixation der Membranbewegungen durchaus abgesehen werden. Dazu kommt letzthin der Einwand Zwaardemaker's, der die Methode nachgeprüft hat. Er bemerkt, dass es nothwendig sei, das Mikrophon vorn durch eine möglichst dünne Mikaplatte zu schützen, da sonst die unmittelbare Wirkung der Luftbewegung nicht abgehalten werden könne. Es liegt auf der Hand, dass damit die Empfindlichkeit des Apparates wieder herabgesetzt wird. An unserem Apparate, den ich hier zum ersten Male zu demonstriren mir erlaube, verwerthen wir die Veränderungen, die bei der Besingung einer Membran aus feinstem, wenig gespanntem Condomgummi dadurch entstehen, dass ein ausserordentlich feiner Sandstrahl auf sie fällt. Statt feinsten Seesandes, der hier verwendet wird, kann auch besonders fein gemahlenes und exact gesiebtes Ziegelmehl benützt werden. Die Membran ist nun so gestellt, dass von dem Anfallspunkte in der Ruhe sich eine bergähnliche Sandfigur nach unten ansammelt, deren Grundfläche auf einer kleinen flach vorspringenden Metallzunge gehalten wird. Wird nun die Membran in Schwingungen versetzt, so sehen Sie, dass eine Bewegung zwischen dem Anfallspunkt und der Bergspitze sichtbar wird, wobei mit wachsender Intensität der Stimme auch die Entfernung zwischen Anfallspunkt und Bergspitze sich vergrössert. Wird diese Entfernung für einen Sonderfall bestimmt, so genügt in der Praxis bereits die einfache Anordnung, dass bei den Uebungen die so bestimmte lineare Grösse nicht überschritten werden darf. Die Schallwellen werden durch ein einfaches Schallrohr aufgenommen, in deren Mitte sich, wie Sie sehen, noch eine einem Diaphragma ähnliche Einrichtung befindet. An dieser Stelle ist, wie Sie sehen, noch eine zweite Möglichkeit gegeben, durch Abblendung der externen Schallstrahlen die Einwirkungsmöglichkeit auf den Endmechanismus zu erschweren, so dass also grössere Intensitäten aufgeboten werden müssen, um das gleiche lineare Maass der Entfernung vom Auffallspunkt zur Bergspitze bei der phonischen Action zu erhalten. Wenn der Apparat abgelaufen ist, ermöglicht ein einfacher Mechanismus, ihn sofort wieder durch eine Drehung in die Functionsstellung zu bringen, ohne dass von dem rieselnden Material etwas verloren geht. Ebenso ist leicht ersichtlich, dass der Apparat gleichzeitig als Zeitmesser dienen kann. Man ordnet dann eben neben der Ausdehnung der zugelassenen Uebungen für die Stärke, Höhe an, dass sie jedesmal für eine bestimmte Zahl von Umdrehungen zugelassen werden. Bei diesem Apparat ist für die Zwecke der Demonstration der Abschluss durch eine gewöhnliche Glasscheibe gegeben. Sie ist sonst durch eine Mattscheibe ersetzt. Die Bewegungen, auf die es ankommt, die Arbeit und Beeinflussung des Endmechanismus wird in einem Spiegel beobachtet, der während der phonischen Arbeit dem Auge bequem zugänglig ist. Physikalisch wird bei unserer Combination von den Veränderungen der Cohäsion der Sandtheilchen und

von denen der Adhäsion dieser Körperchen zur Membran Gebrauch gemacht. Wird der Apparat — am besten mit Verwendung einer Libelle — richtig eingestellt, so lässt sich die Constanz seiner Arbeit leicht demonstriren. Was die Dimensionen der Membran (30 mm Durchmesser) anbelangt, so hoffen wir damit für alle Fälle auszukommen. Es steht natürlich nichts im Wege, für Kinder und besondere Zwecke, namentlich für Kinderstimmen empfindlichere Sonderexemplare in kleineren Dimensionen einzustellen. (Folgt die Demonstration des Apparates.)

L. Grünwald (Reichenhall-München): Der Recessus ethmolacrymalis.

Bei der Untersuchung des Kieferhöhlenostiums von der Lateralseite her bemerkt man sehr häufig einen vom Thränenbein und dem vordersten Theil der Papierplatte bedeckten, mitunter sehr grossen Recessus. Derselbe hängt mit der Kieferhöhle oder dem Hiatus semilunaris, noch öfter mit beiden zusammen und ist entwickelungsgeschichtlich als lateralster Theil der Fissura ethmoidalis lateralis (Schönemann) aufzufassen. Oft besteht ein Zusammenhang mit „Hiatuszellen"; einmal stellte der Recessus auch einen unmittelbaren Uebergang zwischen Stirn- und Kieferhöhle her, so dass an Stelle der drei Einzelhöhlen ein einziger grosser Raum vom Stirnhöhlendach bis zum harten Gaumen sich erstreckte. Die im Original nachzulesenden näheren anatomischen Verhältnisse werden an den Abbildungen einer grösseren Anzahl von Präparaten demonstrirt. Die klinische Bedeutung des Recessus beruht darin, dass er 1. eigenes Secret oder solches von Stirnhöhle oder Hiatuszellen in die Kieferhöhle abführt, so dass sie inficirt wird; 2. dass solches Secret vor dem Ostium maxillare lagert, wodurch eine Erkrankung der Kieferhöhle, sogar bei directer Untersuchung, vorgetäuscht wird; 3. erklärt sich die Schwerheilbarkeit vieler Fälle von Kieferhöhlenentzündungen durch Secretretention in einem Recessus ethmoidalis lateralis; 4. brechen Mucocelen oder Retentionseiterungen des Recessus ethmoid. lat. auch nach aussen, an typischer Stelle durch (Verwechselung mit Siebbein oder Stirnhöhle zu vermeiden); 5. vermittelt der Rec. ethmoid. lat. die Einsprengung fremder Keime vom seitlichen Nasenspalt her. Mehrere Krankengeschichten erläutern diese verschiedenen Vorkommnisse.

L. Grünwald: Die septale Stirnhöhlenoperation.

Vor 3 Jahren Jahren wies G. darauf hin, dass dem Abfluss von Stirnhöhlensecret, auch in operirten Fällen, öfters ein ernstes Hinderniss in grosser Enge des subfrontalen Nasenabschnittes entgegenstehe, und gab zur Behebung des Hindernisses die Resection des an die Stirnhöhle angrenzenden Septumabschnittes an. In zwei unterdessen erfolgten Fällen von Hirnabscess, einem postoperativen Todesfall von Kofler und einem geheilten von Cargill, ist man neuerdings ebenfalls auf die Wichtigkeit der subfrontalen Enge aufmerksam geworden. Da die angegebene Operation aber unbekannt geblieben ist, giebt die endlich erfolgte Anerkennung ihrer Nothwendigkeit den Anlass zu nochmaliger Erörterung. Die Verhältnisse der Enge und die Art der Operation werden an den Abbildungen von Präparaten gezeigt. Grünwald hat sie in vier Fällen doppelseitiger und zwei einseitiger Stirnhöhleneiterungen mit gutem Erfolg ausgeführt; nur bei einem

wurde eine Nachoperation wegen Siebbeinerkrankung erforderlich. Der kosmetische Effect war zufriedenstellend.

Holinger (Chicago) spricht über Tonsillectomie und deren Bewerthung bezüglich der Frage der Vornahme dieses Operationsverfahrens gegen häufig sich wiederholende Tonsillitiden. An der Hand zweier Krankengeschichten, insbesondere eines Falles, welcher einen Collegen betraf, machte der Vortragende darauf aufmerksam, dass die vorgenommene Operation nicht den beabsichtigten Heilerfolg erzielte, sondern im Gegentheil daranschliessend sich derart widerwärtige pharyngeale und sonstige rheumatoide Beschwerden hinzugesellten, an denen der Kranke noch heute zu leiden habe, so dass die Verwendung dieser Methode bei den amerikanischen Collegen seither sehr in Misskredit gekommen sei.

Discussion:

Chiari erwähnt einen Bericht von Dr. Richards im Atlantic City, Juni 1909 (Sitzung der American Laryngo-Rhinol. and Otol. Society), der über die Vorzüge der Tonsillectomie gegenüber der Tonsillotomie sprach. Von üblen Erfolgen erwähnte er damals nichts. Der einzige Fall auf Chiari's Klinik wurde schon angezogen; er ging letal aus, aber nicht infolge der Operation, sondern wegen Status lymphaticus und Vitium cordis.

Siebenmann (Basel) glaubt, dass die wenigen unglücklich verlaufenen Fälle diese Operation selbst nicht discreditiren sollten, die eben doch — namentlich bei Peritonsillitis — so segensreich wirkt, wie keine andere der zu gleichem Zwecke empfohlenen Methoden.

Siebenmann (Schlusswort) spricht den Einführenden und den Secretären der hier versammelten otologischen und laryngologischen Sectionen für ihre treffliche Mühewaltung vor und während der Versammlung den herzlichsten Dank der Anwesenden aus. (Lebhafter Beifall!) Halbeis (Salzburg).

---

c) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

1. Sitzung am 30. August Vormittags.

Präsidenten: v. Navratil, Killian.

Schriftführer: Donogány, Tovölgyi, Klár.

Präsident v. Navratil begrüsst die Mitglieder der Section in deutscher, französischer, englischer, italienischer und ungarischer Sprache.

Dann werden die Ehrenpräsidenten gewählt.

Castex begrüsst die Section im Namen der französischen laryngologischen Gesellschaft.

Heymann begrüsst die Abtheilung im Namen der Laryngologischen Gesellschaft Berlin und auf seinen Antrag wird an die drei Senioren der Laryngologie, Geh. Med.-Rath B. Fränkel, E. Löri und Kais. Rath Rauchfuss ein Begrüssungsschreiben gesandt.

Tagesordnung:

I. Sir Felix Semon (London): Beitrag zu der Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. (Referat.)

Der Autor referirt und illustrirt diejenigen Fälle von Kehlkopfkrebs aus eigener Praxis, in welcher ausserordentliche diagnostische Schwierigkeiten vorhanden waren und einige, in welchen die Diagnose fehlerhaft war. In seiner 33jährigen Praxis kamen unter 246 Fällen von malignen Krankheiten 13 solche vor. Obwohl die frühzeitige Diagnose des Larynxkrebses im Allgemeinen für nicht besonders schwer zu betrachten sei, muss man sich doch solch eigenthümlicher Fälle erinnern, wie die folgenden: 1. (Publicirt Lancet Dez. 1894) Maligne Erkrankung des Kehlkopfes, welche zuerst als Verdickung des linken Stimmbandes auftrat und welche erst nach zweijähriger Dauer ihre wahre Natur zeigte. 2. (Erwähnt Archiv f. Laryng. Vol. VI. p. 418) Chronische infectiöse Entzündung, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 3. (Erwähnt XIII. Intern. Congress, Paris). In und unterhalb des rechten Stimmbandes aufgetretener Bluterguss, maligne Larynxerkrankung vortäuschend. 4. Kehlkopftuberculose, bei welcher die laryngoskopischen Erscheinungen die Diagnose zwischen maligner Erkrankung und Tuberculose ganz unentschieden liessen. 5. Kehlkopftuberculose, maligne Erkrankung vortäuschend bei einem 70jährigen alten Herrn. 6. Tuberculöser Tumor, maligne Erkrankung vortäuschend in der vorderen Commissur der Stimmbänder. 7. (Erwähnt Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 3) Leukoma eines Stimmbandes, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 8. (Publicirt in Vol. XX. of the Clinical Society Transactions) Epitheliom des linken Morgagni'schen Ventrikels zuerst für Papillom gehalten. 9. (Erwähnt in der Sammelforschung Intern. Centralbl. für Laryngologie. Bd. V. S. 205) Angiomartiges Epitheliom. 10. Papillom den ganzen hinteren Theil des rechten Stimmbandes einnehmend und sich auf die innere Fläche des rechten Arytänoidknorpels verbreitend bei einem 60jährigen Herrn, irrthümlich für maligne Kehlkopferkrankung gehalten. 11. Larynxepitheliom unter dem Bilde eines schneeweissen Rasens auftretend. 12. Granulom entspringend von einer Narbe, welche an der Stelle eines vom rechten Stimmbande entfernten Epithelioms lag. 13. Das entzündete Papillom eines 60 Jahre alten Mannes, genau einem Larynxepitheliom gleichend.

II. Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis. (Referat.)

Chiari bespricht die Prophylaxis, die causale Therapie, die Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Radium, Aetzungen und Fulguration. Die intralaryngeale Ausrottung ist nur sehr selten anwendbar, giebt aber dann 46 pCt. Heilung, leider aber oft Recidiv. Die Thyreotomie ist angezeigt bei kleinem Krebs der Stimmlippe und Taschenfalte ohne Störung der Beweglichkeit, ist oft anwendbar, giebt gewöhnlich 50 pCt. Heilung (bei einzelnen Operateuren über 80 pCt. Heilung), ist relativ ungefährlich und hat sehr gute functionelle Resultate. Die Pharyngotomia subhyoidea ist in neuerer Zeit weniger gefährlich geworden, aber nur sehr selten anwendbar. Die partielle und totale Laryngectomie haben in der neueren Zeit bessere

Resultate als früher aufzuweisen, sowohl bezüglich der Todesfälle als auch bezüglich der Heilungen. Die besten Erfolge mit diesen beiden Operationen hat Gluck mit seiner Methode erzielt, diese Methode verdient mehr Nachahmung. Die einzige rationelle Behandlung des Kehlkopfkrebses ist jetzt die chirurgische. Die Pharyngotomia transhyoidea, mediana und lateralis sind nur selten angezeigt. Zur Begründung dieser Thesen wird hauptsächlich die Statistik gegeben. Die allgemeinen Statistiken haben grosse Mängel, weil nicht alle Fälle veröffentlicht werden und viele nicht genau mit genügend langer Beobachtungszeit. Die besten allgemeinen Statistiken rühren von Sendziák her. Viel werthvoller sind die persönlichen Statistiken, von denen leider nur wenige vorliegen. Chiari bringt dieselben und darunter auch seine eigene, welche 41 Thyreotomien, 32 partielle und 9 totale Laryngectomien umfasst. Von Gluck liegt leider keine vollständige Statistik vor.

III. Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms. (Referat.)

Referent giebt eine Uebersicht über die an seiner Klinik zur Ausführung gelangten Operationen im Gebiet der oberen Luftwege.

I. Die probatorische oder explorative Laryngofissur, welche dieselbe Berechtigung hat wie in der allgemeinen Chirurgie die explorative Laparotomie.

II. Tracheostomie und Laryngostomie. Letztere wurde combinirt mit conservativer Behandlung des narbig veränderten Kehlkopfraumes durch Dupuyssche Dauercanülen, die in verschiedener Weise modificirt wurden.

III. Partielle oder totale Plastik des mit einem Stoma versehenen Larynx, nachdem das sklerotische Narbengewebe durch weitgehende Excisionen beseitigt war.

IV. Schluss von Defecten der Vorderwand der Luftröhre oder von inspiratorischen Einziehungen derselben durch Weichtheilperiostknochenlappen vom Brustbein.

V. Quere Resection der Trachea eventuell bis in das Arygebiet (bei narbigem Diaphragma etc.) mit nachfolgender querer Trachealnaht.

VI. Schluss von tiefen Oesophagustrachealfisteln durch Hautlappenplastik.

VII. Thyreotomia simplex oder totale Laryngofissur mit partieller oder totaler Exenteration des Kehlkopfes etc. eventuell mit nachfolgender totaler oder partieller Laryngoplastik.

VIII. Partielle Resection des Kehlkopfes.

IXa. Hemilaryngectomie mit Laryngoplastik.

IXb. Hemilaryngectomie mit partieller Resection der restirenden Kehlkopfhälfte. Nach den Erfahrungen des Ref. nicht zu empfehlen.

X. Laryngectomia totalis simplex mit Herausnähen des Trachealstumpfes und sofortiger Naht des Pharynxdefectes und der äusseren Hautwunde. Endresultat mit Tracheostoma circulare ohne Canüle.

XI. Totale Laryngectomie mit Resection des Pharynx in verschiedener Ausdehnung.

XII. Totale Exstirpation des Kehlkopfes mit querer Resection oder Exstirpation des Pharynx.

XIII. Exstirpation von Kehlkopf, Schlundkopf und Halstheil der Speiseröhre. Endresultat: Tracheotomie und Gummitrichterersatzprothese für Pharynx und Oesophagus.

XIV. Complication dieser Operation mit ausgiebiger Drüsenexstirpation.

XV. Complication der Eingriffe mit Resection der grossen Halsgefässe.

XVI. Totale Oesophago- und Pharyngoplastik.

XVII. Hautlappenplastik der Gegend der grossen Halsgefässe, um dieselben nach ausgedehnten Drüsenoperationen vor Infectionen zu schützen.

XVIII. Totale Zungenexstirpation.

XIX. Totale Zungenexstirpation mit Kehlkopfexstirpation und Resection des Pharynx in einer Sitzung.

XX. Die verschiedenen Methoden der Pharyngotomie.

Referent vermeidet principiell bei allen diesen Eingriffen Operationen in zwei Acten, z. B. prophylaktische Tracheotomie und acht Tage später Laryngectomie, da durch die Eröffnung der Luftwege der aseptische Verlauf in Frage gestellt wird. Er schildert die Technik seiner Operationen an der Hand von Tafeln.

XXI. Anlegen einer Lungenfistel zur Ausschaltung der oberen Luftwege bei Bronchostenosen an und jenseits der Bifurcation.

Was die Sprache anbelangt, so perhorrescirten die meisten Patienten den künstlichen Kehlkopf und suchten — mitunter mit verblüffendem Erfolg — die Pharynxstimme zu erlernen.

Ref. hat jedoch die älteren Versuche wieder aufgenommen, den Patienten Stimmen zu liefern mit Ausschaltung der Lungen, entweder durch mit Hülfe von Grammophonplatten reproducirten menschlichen Lauten oder mit Hülfe von Gummi- und Metallstimmen, welche durch einen automatisch arbeitenden möglichst handlichen und geräuschlosen Hülfsapparat in Betrieb gesetzt werden. Ref. schildert seine bisher in dieser Richtung gemachten Versuche.

Demonstration von 3 Patienten, darunter eine Frau, bei der vor $2^1/_2$ Jahren wegen schwerster Tuberculose des Kehlkopfs (diffuse hyperplastisch-ulceröse Form mit Knorpelnekrose) die Totalexstirpation mit Entfernung der Epiglottis und Theilen des erkrankten Pharynx (Sinus piriformis beiderseits) gemacht worden war.

Discussion:

Thost (Hamburg): Auf die mikroskopische Diagnose sollte nicht immer so sicher gebaut werden. Die klinischen Symptome sind wichtiger, in der Nähe von Carcinomen degenerirt die Schleimhaut papillomatös, in der Nähe von Sarkomen kommen an der Nase z. B. myxomatöse Geschwülste vor, bei Probeexcision kann da leicht Irrthum entstehen. Auch an Mischinfectionen Carcinom mit Tuberculose combinirt, Lues mit Tuberculose und Carcinom ist zu denken. Zwischen Lues und anderen Geschwüren und Tumoren unterscheidet oft eine Pinselung mit starker Lapislösung. Lues reagirt auf Argentum immer günstig, Tuberculose und Carcinom ungünstig. Nach Laryngotomie ist Lagerung mit tiefem Kopf, erhöhten Füssen zu empfehlen.

Finder (Berlin) meint, dass in sehr seltenen und sorgfältig auszuwählenden Fällen die endolaryngeale Methode anwendbar ist. So verfügt er über den Fall

eines jetzt 76jährigen Mannes, den er vor 3 Jahren an Kehlkopfcarcinom endolaryngeal operirt hat und der vollständig geheilt ist. Einen anderen Fall, der auch hierher gehört und der auch in anderer Beziehung zu den merkwürdigsten zählt, ist folgender: Es handelte sich um eine alte Frau, die unter schwersten Erstickungserscheinungen in die Klinik aufgenommen wurde, so dass schleunigst die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Es stellte sich heraus, dass man einen der Fälle vor sich hatte, über deren endolaryngeale Operation B. Fränkel in seiner ersten dieses Thema behandelnden Arbeit berichtet hatte. Die Patientin hatte jetzt — nach 18 Jahren! — ein Recidiv, wenn man so sagen darf, an derselben Stelle, an der sie damals ihr Carcinom gehabt hatte. F. glaubt, man kann auch diesen Fall unter die Heilungen rechnen.

Dann theilt er einen Parallelfall mit zu der von Sir Felix Semon mitgetheilten Granulationsbildung nach Laryngofissur. Bei einer wegen Kehlkopfcarcinom thyreotomirten Frau fand sich nach 3 Monaten ein bohnengrosser, glatter, blasser, den ganzen vorderen Kehlkopftheil einnehmender Tumor, der sich nach der endolaryngealen Entfernung als ein — zum Theil noch nicht organisirter — Granulationstumor herausstellte. Ferner macht er auf eine Gruppe von Fällen aufmerksam, die grosse diagnostische Schwierigkeiten machen, und besonders mit Perichondritis verwechselt werden können. Es sind Carcinome, die unter der Schleimhaut des Sinus piriformis liegend, die eine Kehlkopfhälfte nach innen vordrängen. Es besteht Schwellung dieser Kehlkopfhälfte und Stillstand derselben bei der Phonation. Da im Kehlkopf nur diffuse Schwellung, aber keine Tumorbildung besteht, so kommt die diagnostische Probeexcision in Fortfall. Dass die mikroskopische Untersuchung der zur Probe entnommenen Stückchen grosse Schwierigkeiten machen kann, illustrirt folgender Fall: Ein Stück von einem im Sinus piriformis sitzenden Tumor wurde von einer pathologisch-anatomischen Autorität ersten Ranges als Carcinom erklärt. Das vermeintliche Carcinom stellte sich aber als eine atypische Epithelwucherung heraus, bedingt durch den Reiz eines darunter sitzenden Sarkoms.

Réthi (Wien): Die Symptomatologie des Kehlkopfcarcinoms betreffend, erwähnt Réthi 2 Fälle, in denen — ganz gleich in beiden Fällen — am rechten Stimmband nahe dem Aryknorpel und am linken Stimmband im vorderen Drittel ein papillomatöser flacher Rasen vorhanden war. Infiltrationserscheinungen waren nicht zu constatiren; die Bewegung der Stimmbänder war beiderseits frei, obwohl man dies besonders rechts, wo sich die Neubildung in der Nähe des Cricoarytänoidealgelenks befand, nicht hatte erwarten können. Mit Rücksicht auf das Aussehen der Geschwülste, den Mangel an Infiltrationserscheinungen, die freie Beweglichkeit der Stimmbänder und insbesondere mit Rücksicht auf das discrete Auftreten der Veränderungen an 2 Stellen, zwischen denen die Schleimhaut ganz unverändert war, musste die Diagnose auf Papillom gestellt werden. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab jedoch Carcinom, was durch den weiteren Verlauf auch bestätigt wurde. Es geht also nicht an, bei discretem Vorhandensein von Neubildungen wegen des getrennten Auftretens allein Carcinom ausschliessen zu wollen.

Brewack (Charkoff): Er erkennt zwar die Ueberlegenheit der radicaleren extralaryngealen Operationen an, jedoch hält er den endolaryngealen Eingriff für angezeigt in solchen Fällen, wo der umschriebene Tumor mit den Instrumenten gut erreichbar ist. Diese Fälle sind nicht so sehr selten als man glaubt. Er kennt mehrere solche Fälle aus seiner Praxix. Die Laryngotomie ist keine ganz ungefährliche Operation, dagegen ist der endolaryngeale Eingriff stets ohne schwere Folgen und die Recidive sind nicht häufiger als nach Laryngotomie. Man muss nur den Kranken unter strenger Beobachtung halten, und, falls ein Recidiv eintritt, sofort zur radicalen Operation greifen.

J. W. Gleitsmann (New York): G. berichtet über den Fall einer ausgesprochenen weissen Geschwulst, den ganzen Ventriculus Morgagni ausfüllend, wie in dem Fall, den Sir Felix Semon in seinem einleitenden Referat demonstrirte.

Patient wurde von G. 1896 zum ersten Mal gesehen, in längeren Zwischenräumen zweimal Stücke endolaryngeal entfernt und beide Stücke von erfahrenen Mikroskopikern als Pachydermia angesprochen.

Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung, aber 12 Jahre später wurde der Redner von Dr. Hermann Smith eingeladen, den Patienten im Eye, Ear and Throat Hospital wiederzusehen. Der Befund war ähnlich wie 1896, exstirpirte Stücke zeigten zuerst keine Malignität, aber 6 Monate später entwickelte sich Larynxstenose, Carcinom wurde mikroskopisch constatirt und Laryngectomie mit günstigem Resultat gemacht. Der Fall wurde in den Transactions der American Laryngological Association publicirt und ist auch im Lehrbuch von William Watson abgebildet. Redner weist zum Schluss auf den von allen Beobachtern erwähnten verdächtigen Charakter dieser harten weissen Larynxtumoren hin.

Hajek (Wien): Das Puntcum saliens ist die Frühdiagnose. Dabei sind die schwierigsten Fälle diejenigen, welche unter dem Bilde des Papilloms auftretende Kehlkopfveränderungen vorweisen. Da stellt sich bei älteren Leuten (über 40 Jahre), wie dies Sir Felix Semon zuerst hervorgehoben hat, heraus, dass doch gewöhnlich ein Cancer dahintersteckt. Allgemein bekannt sind die Diagnosen mit negativem Befunde, in welchen nichts vom eigentlichen Cancer excidirt wurde. Viel unangenehmer ist indess das Vorkommniss, wie ich es in zwei Fällen gesehen habe, dass trotz positiven mikroskopischen Befundes der weitere Verlauf keinen Cancer ergeben hat. Es ist eben die mikroskopische Diagnose auch nicht absolut sicher.

Baumgarten (Budapest); Wenn ich auch die Aussage Chiari's theile, dass endolaryngeal nur jene Fälle operirt werden sollen, bei denen man die Diagnose noch nicht festgestellt hat, bilden doch kleine circumscripte Carcinome eine Ausnahme bei Leuten über 70 Jahren, denn auch ich fand, dass speciell Larynxcarcinome in diesem Alter sich günstiger verhalten, wie der eben erwähnte Fall von Finder bestätigt. Auch ich selbst habe einen solchen Fall operirt.

Grossmann (Wien) berichtet einen Fall von der Klinik Schrötter, bei welchem die wiederholte mikroskopische Untersuchung Carcinom ergeben hat, und der sich der Operation nicht unterziehen wollte; er war schon nach einem Jahre so vollkommen ausgeheilt, dass von einer ursprünglichen Erkrankung keine Spur zu

sehen war. Er erwähnt weiter einen zweiten von ihm behandelten Fall, bei welchem Billroth die laterale Resection vorgenommen hat, und trotzdem die wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung auf Carcinom hinwies, sagte Billroth, als er das Präparat bereits in Händen hielt, er glaube nicht, dass es sich um Carcinom handelt. Wenn ein Mann wie B., ein hervorragender pathologischen Anatom, selbst dann noch, als er das Präparat in Händen hatte und auf die Malignität aufmerksam gemacht wurde, sich irren konnte, ist es wohl sehr begreiflich, wenn uns auf laryngoskopischem Wege leicht Irrthümer unterlaufen. Trotz alledem bleibt die mikroskopische Untersuchung unser allerwichtigster Anhaltspunkt, nur müssen wir uns nicht mit einer begnügen, sondern müssen mehrere Untersuchungen vornehmen. Wir müssen von den schlecht unterrichteten an den besser informirten Histologen appelliren.

Morelli (Budapest) beruft sich auf einen Fall, wo nach thermocaustischem Eingriff, nach Entfernung multipler Papillome die Entartung sich sehr schnell einstellte, so dass nach einem Jahr nicht nur im Kehlkopf innen, sondern auch auf der äusseren Haut um die Canüle sich Carcinom zeigte. In einem anderen Fall wurde das ganz kleine Carcinom höchst wahrscheinlich mit einem stumpfen Instrument operirt. Der Zerfall stellte sich so schnell ein, dass wegen der Suffocation nach 3 Wochen die Tracheotomie ausgeführt werden musste, zugleich Resection der linken Kehlkopfseite. Wegen Recidive nach fünf Monaten Totalexstirpation. Ich stimme vollständig mit Hajek überein, dass man bei dem Alter von 35 Jahren des Patienten sehr aufmerksam vorgehe bei der Operation der Papillome, dass man in diesem Alter nur mit scharfen Instrumenten eingreife, nicht mit quetschenden.

Chiari (Wien) betont die Wichtigkeit der histologischen Untersuchung endolaryngeal exstirpirter Stücke der Neubildung behufs Diagnose. Diese histologische Untersuchung ist von grösster Wichtigkeit, wenn sie auch nicht absolut in allen Fällen unfehlbar ist. Sie schützt auch vor späteren Vorwürfen von Seiten des Patienten.

Wichtig ist die Thatsache, dass die Carcinome sehr verschiedene klinische Charaktere haben, welche nicht immer mit dem histologischen Bilde übereinstimmen. Ueber den Einfluss des histologischen Baues auf die Prognose einer Larynxgeschwulst hat Navratil die wichtigsten Mittheilungen gemacht.

Chiari will nur noch einmal betonen, dass nur die chirurgische Operation ihm zuverlässig scheint als Mittel zur radicalen Entfernung des Krebses. Schliesslich bittet er nochmal alle Operateure um genaue persönliche Statistiken und insbesondere Gluck um eine genaue persönliche Statistik seiner Kehlkopfoperationen wegen Krebs.

Semon (London): Der Redner constatirt, dass das Ergebniss der Discussion sich vollständig mit dem deckt, was die Sammelforschung des Internationen Centralblatts vor 21 Jahren erwiesen hat. Er illustrirt dies durch Verweise auf die Frage der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, die gelegentlichen Schwierigkeiten der laryngoskopischen Diagnose, die Frage der endolaryngealen Operation etc. Zum Schluss ermuntert er zur Publikation

von completten Statistiken der einzelnen Operateure, und richtet speciell an Prof. Gluck die Bitte, von jetzt an eine methodische Statistik seiner Fälle zu veröffentlichen.

Cisneros (Madrid): Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Larynxcarcinoms. (Vortrag.)

Hugo Zwillinger (Budapest): Ueber die Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung. (Vortrag.)

Z., der schon im Jahre 1896 in seiner in der Wiener klin. Wochenschr. unter dem Titel „Ueber die Verhältnisse der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien)" publicirten Arbeit auf die Identität beider Processe hingewiesen hatte, kommt in seinem Vortrage, an der Hand neuerlicher anatomischer Untersuchungen und klinischer Beobachtung, zu folgenden Schlüssen:

1. Die sog. Pachydermia laryngis und die Leukokeratosen der Schleimhäute sind ihrem Wesen nach identische Processe.

2. Vom anatomischen und klinischen Standpunkte ist die Verhornung des Epithels, Bildung einer mächtigen Hornschicht das hervorragendste Symptom des Krankheitsprocesses und muss sowohl die diffuse als auch die circumscripte mit hochgradiger Verhornung einhergehende Erkrankung der Kehlkopfschleimhaut als Hyperkeratose aufgefasst und als solche bezeichnet werden.

3. Die diffuse und circumscripte Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut bildet, wenn auch verschiedenen ätiologischen Ursprunges, einen genügend begrenzten Symptomencomplex.

IV. F. Massei (Neapel): Syphilis und die bösartigen Geschwülste des Halses. (Referat.)

Es ist offenbar, dass es Fälle giebt, wo die Krankheit, welche sämmtliche Symptome der Syphilis besitzt, endlich Carcinom wird. Er erörtert 8 solche Fälle aus eigener Erfahrung, wo der Sitz der Krankheit entweder am Gaumen, oder auf der Zunge, oder im Kehlkopf war. Nachdem er bewiesen hat, dass die Krankheit anfangs wirklich syphilitischer Natur war, wurde der Uebergang zur bösartigen Geschwulst (Sarkom, Epitheliom) klar. Wie ist das zu erklären? Nach einem einfachen ätiologischen Ueberblick betrachtet der Referent die Syphilis als locales Trauma, welches die Entwickelung einer Geschwulst erleichtere, die später hätte erscheinen können, und er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist ohne Zweifel, dass bösartige Geschwülste unanfechtbaren syphilitischen Veränderungen des Halses und der Zunge folgen. 2. Die specifische Behandlung muss fortgesetzt werden, sogar während der latenten Periode, als Prophylacticum. 3. Ausserdem muss alles entfernt werden, was im Munde oder im Halse einen Reiz ausübt. 4. Die Neigung der Syphilis zum Carcinom ist im Folgenden zu erklären: a) als constitutionelle Erkrankung, b) durch die parasyphilitischen Erscheinungen und c) dann nach ausgesprochenen tertiären Erscheinungen.

II. Sitzung.

v. Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden der tieferen Luftwege. (Referat.)

Die Entwicklungsgeschichte der directen Untersuchungsmethoden wird durch 3 Etappen charakterisirt. Pieniazek gab im Jahre 1889 seine Methode der „Tracheoskopie" bekannt, Kirstein folgte 1895 mit der „Autoskopie" und Killian berichtete im Jahre 1898 über „die directe (obere und untere) Bronchoskopie". Die zunehmende Bedeutung der directen Methoden bei Fremdkörpern mögen folgende Daten beleuchten: Bis 1896 verfügte Pieniazek über 5 mit seiner Methode behandelte Fälle; 1904 stellte Referent 36 Fälle zusammen, bei denen die Bronchoskopie zur Verwendung kam; Gottstein's Statistik aus dem Jahre 1907 bringt 137 Fälle; bis Anfang dieses Jahres (1909) waren 303 Fälle durch Publikationen und private Mittheilungen zu Referentens Kenntniss gelangt. Diese rapide Zunahme der Zahlen ist begründet theils durch Verbesserung unserer technischen Hilfsmittel, mehr noch durch das grosse Interesse, das die Specialisten der Methode entgegenbringen, vor allem aber dadurch, dass unter den practischen Aerzten die Ueberzeugung von der Leistungsfähigkeit der Methoden sich mehr und mehr Bahn bricht. Die Litteratur weist zahlreiche Beobachtungen auf, in denen Verwechslungen von aspirirten Fremdkörpern mit anderen Leiden vorkommen. Solches Verkennen der Sachlage ist meist auf eine mangelhafte Anamnese, oder auf unrichtige Bewerthung der von den Patienten geschilderten Angaben zu beziehen. Oft lässt uns der Kehlkopfspiegel ebenso, wie die Auscultation und Percussion im Stich; auch das Röntgenbild darf bei Fremdkörpern mittlerer Dichte, wie bei Knochen, Kragenknöpfen etc. nicht als ausschlaggebend angesehen werden, ja selbst bei metallischen Fremdkörpern fand sich nicht immer ein Schatten. Wir sind deshalb nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, auch in zweifelhaften Fällen die directen Methoden heranzuziehen, da wir in ihnen das diagnostisch bei weitem sicherste und gleichzeitig therapeutisch rationellste Mittel besitzen. Die Frage, unter welchen Umständen die directen Methoden auf natürlichem Wege und wann sie von dem Tracheotomirenden angewandt werden sollen, ist schwer allgemein zu beantworten. Bei eingekeilten Fremdkörpern muss man berücksichtigen, ein wie grosser Abschnitt der Lunge nicht mehr functionirt, ob bei der Extraction auf natürlichem Wege nicht dadurch Gefahr droht, dass der Fremdkörper im subglottischen Raum oder im Larynx stecken zu bleiben, oder infolge ungünstiger Beschaffenheit seiner Oberfläche eine schwere Verletzung dieser Theile herbeizuführen vermag, ob er, was namentlich für glatte Fremdkörper zutrifft, dem Extractionsinstrument nicht entschlüpfen und in den Bronchus der anderen, die Athmung vielleicht allein noch unterhaltenden Seite gerathen kann. Der Grad der zu überwindenden technischen Schwierigkeiten, die Erfahrung und Geschicklichkeit des Arztes spielen eine wichtige Rolle. Die Extraction gequetschter und erweichter Bohnen empfiehlt sich bei Kindern stets erst nach erfolgter Tracheotomie. Von grossem Einfluss auf den therapeutischen Effect ist das Alter der Patienten, die Art und Verweilsdauer des Fremdkörpers. Die Mortalität beträgt nach der Zusammenstellung des Referenten im ersten Lebensjahre 42·86 pCt., im

zweiten 38·46 pCt., im 2.—4. 18·78 pCt., im 4.—6. 5·88 pCt., im 6.—10. 6·52 pCt., im 10.—15 0 pCt., im 5.—50. 10·23 pCt., in höheren Lebensjahren 11·11 pCt. Fremdkörper mit scharfen Kanten und Vorsprüngen führen schneller als glatte zu Schädigungen der Bronchialwand; es kommt durch Granulationsbildung um den Fremdkörper herum leichter zum Abschluss des Bronchus und seinen Folgen: Atelektase, Bronchiektasien, bronchitischen, pneumonischen und pleuritischen Processen. Als eine recht gefährliche Gruppe sind auch die leicht bröckelnden Fruchtkerne und vor Allem die Bohnen anzusehen, zumal diese fast immer nur von Kindern aspirirt werden. Je frühzeitiger die Extraction geschieht, um so sicherer darf man auf eine völlige Heilung hoffen. Immerhin liegen noch mehrere Beobachtungen vor, in denen der Entfernung eines monate- und selbst jahrelang in den Bronchien befindlichen Fremdkörpers noch völlige Genesung, oder wesentliche Besserung folgte.

Discussion.

Kahler (Wien) berichtet über die Erfahrungen, die an Hofrath Chiari's Klinik mit den directen Untersuchungsmethoden gewonnen wurden. Fremdkörper des Oesophagus kamen in 91 Fällen zur Beobachtung. In 83 Fällen war die Extraction möglich. Achtmal glitten die Fremdkörper nach Lockerung in den Magen. Nie sahen wir uns genöthigt, die Oesophagotomie auszuführen. Fremdkörper der Trachea und der Bronchien beobachteten wir in 16 Fällen. 4 untere Tracheoskopien, in den übrigen gelang die obere leicht. Bei den Oesophagoskopien sahen wir 2 Todesfälle, von denen einer der Methode zur Last fällt. Es kam zur Perforation des Oesophagus wahrscheinlich in dem Momente der Einführung des Rohres. Es wurde ein Hacker'scher Tubus verwendet. Seither benutzen wir nunmehr den Röhrenspatel zur Untersuchung. Wichtig erscheint speciell die Bronchoskopie zur Unterstützung der internen Klinik. Sie konnte in 12 Fällen von luetischen Affectionen und 10 Fällen von Aneurysma, in 2 Fällen bei Mediastinaltumoren verwendet werden. Wichtig erscheint uns die Möglichkeit, durch diese Methode die Indication zur Bronchotomie stellen zu können, wozu wir uns in drei Fällen veranlasst sahen. Bei einem von diesen konnte ich dem Chirurgen die Auffindung durch das während der Operation eingeführte Bronchoskopierohr erleichtern. Es erscheint uns die von Killian betonte Unterstützung von chirurgischen Eingriffen durch diese Methode sehr aussichtsreich.

Demonstration eines modificirten Panelektroskopes von Leiter, das an der Klinik jetzt in Verwendung ist.

Schneider (Moskau): In weniger als 2 Jahren hatte ich im Moskauer Catharina-Spital 25 Fremdkörper (24 Kinder, 2 Erwachsene) mittelst Bronchoskopie behandelt und bis auf einen, wo mir der Accumulator versagte, in der ersten Sitzung entfernt. Die 3 Todesfälle, die ich erlebte, können keinesfalls der Methode zur Last gelegt werden. 1 war hoffnungslos vor der Bronchoskopie (ein eiserner Haken lag 4 Jahre in der Lunge). 2. 11 Tage nach der Aspiration schwere Lungenentzündung. 3. Ein Fall, wo man an Thymus-Tod denken konnte. In 80 pCt. stellten die Fremdkörper Sonnenblumensamen vor, die bei uns zu Lande von Klein und Gross (der kleinste Patient war 9 Monate alt) in Unmassen verzehrt werden. Dieser Fremdkörper darf nicht als harmlos angesehen werden wegen

seiner leichten Zerbröckelung und gewisser Aufquellung. Die zahlreichen Excoriationen der Schleimhaut, Oedem, schwerere Bronchitiden und Pneumonie beziehe ich auf die scharfen Ränder der harten Schale. Im Vergleiche mit der vorbronchoskop. Zeit, wo die Zahl der Todesfälle zwischen 25—40 pCt. schwankte, ist sie mit dieser glänzenden Methode bis auf 12 pCt. reducirt, und ich bin überzeugt, dass sie mit der Entwicklung der Technik noch weiter sinken wird. Für uns Russen ist diese Methode besonders wichtig, da in 80 pCt. die Tracheotomie verweigert wird. Ich will nicht ein allgemeines Urtheil zu fällen. Aber persönlich möchte ich eins sagen: wer einmal das bronchoskopische Rohr eingeführt hat, den Fremdkörper gesehen und ihn unter Führung des Auges aus der Brust eines erstickenden Kindes herausbefördert hat, der muss die grösste Achtung vor diesem rein chirurgischen Eingriffe und eine solche Genugthung empfinden, wie sie nur einem Arzte zu theil werden kann. Und sie werden mir wohl zustimmen, wenn ich mir erlaube, dem Vater der Bronchoskopie, unserm grossen Killian, hier meinen lebhaftesten Beifall und besten Dank auszudrücken.

Paunz (Budapest) berichtet über die Resultate, welche mit der directen Tracheobronchoskopie im Stephanie-Kinderhospital zu Budapest erzielt wurden. Es kamen 15 Fälle zur Behandlung: 2 Erwachsene, 13 Kinder, unter letzteren 8 innerhalb des zweiten Lebensjahres. In 3 Fällen handelte es sich um Durchbruch verkäster Peribronchialdrüsen, in 2 Fällen konnte das Vorhandensein des Fremdkörpers oder Drüsendurchbruches genau festgestellt werden. In 2 gleichen Fällen ergab die Untersuchung negativen Befund, in einem Falle wurde der Fremdkörper bei der Section gefunden. In einem Falle steckte der Fremdkörper im Kehlkopf. Unter den 11 Fällen gelang die Extraction 9mal; ein Fremdkörper wurde durch den Tubus ausgehustet, in einem Falle theils entfernt, theils ausgehustet. Mit Ausnahme zweier Fälle waren es immer organische Fremdkörper, welche den Eingriff erforderten. Es heilten 10 Fälle (66,0 pCt.), starben 5 (33,3 pCt.). In 5 Fällen liess sich der Fremdkörper in einem Stück entfernen, diese heilten rasch und ohne Störung; in denjenigen Fällen, in welchen eine multiple Aspiration (Drüsendurchbruch, zerfallende organische Fremdkörper) stattfand, war die Heilung keine glatte und kamen unsere Todesfälle nur unter diesen (3mal Drüsendurchbruch, 2mal septische Pneumonie) bei jüngeren Kindern vor. Es kam bisher nur die untere Bronchoskopie zur Anwendung, welche bei organischen Fremdkörpern der oberen vorzuziehen ist.

del Rio (Santiago de Chile): Ich habe von Ende 1905 bis Ende 1908 in der Universitätsklinik zu Santiago 14 Fälle von Fremdkörpern der oberen Luftwege, und zwar 6 grosse Nadeln (von $3^1/_2$ bis 5 cm lang mit entsprechendem dicken schwarzen Kopf aus Glas), 5 Wassermelonenkerne, 1 Bleistiftprotector und ein grosses Stück eines Peumokernes (eine chilenische Frucht) entfernt.

In allen Fällen handelte es sich um Kinder von $1^1/_2$ bis 13 Jahren. In zwei Fällen von Nadeln in den Bronchien musste ich die obere Bronchoskopie machen. Im Ganzen hatte ich zwei Todesfälle (bei Nadeln); die 12 anderen heilten rasch und vollständig.

Mayer (New York): Bitte die Thatsache berücksichtigen zu wollen, dass in Amerika Bronchoskopie nicht nur durch Fletcher Ingals und Chevalier

Jackson angewendet wurde, sondern auch durch Coolidge und Inosher (Boston), R. H. Johnston und Buzan (Washington) und durch mich selbst und meine Assistenten. Ich habe keine Todesfälle erlebt. Für die Untersuchung des Larynx bedeutet einen weiteren Fortschritt das Pharyngoskop von Dr. Harold Hays (New York) welche Dr. Delavan uns demonstriren wird.

v. Eicken (Freiburg): M. H.! Wenn ich nicht alle Namen der Collegen genannt habe, die sich um die directe Methode Verdienste erworben haben, so bitte ich mir zugute zu halten, dass ihre Zahl schon 200 und die Zahl ihrer Arbeiten 1000 übersteigt. Ich werde in einer ausführlichen Arbeit sie alle zu würdigen suchen; in der mir zur Verfügung stehenden kurzen Zeit war das nicht möglich.

Réthi (Wien): Der weiche Gaumen und seine Beziehungen zum Nervensystem. (Vortrag.)

Gegenstand des Vortrags sind einerseits die motorischen und anderseits die secretorischen Nerven des weichen Gaumens. Die Annahme, dass der Facialis der motorische Nerv sei, ist unhaltbar. Die anatomischen Untersuchungen sind in dieser Richtung nicht zu verwerthen. Die zweifellos sicher gestellten klinischen Beobachtungen und Sectionsbefunde zeigen, dass der Facialis mit der motorischen Innervation des weichen Gaumens nichts zu thun habe, und die experimentellen Untersuchungen von Réthi bei verschiedenen Thiergattungen (Kaninchen, Hunden, Katzen und Affen) haben ergeben, dass Reizung des Facialis bei richtiger Versuchsanordnung niemals Bewegung des Gaumens zur Folge hat, sondern dass der Vagus die motorischen Nerven für den Levator veli palatini liefert. Es gelang Réthi diese Fasern von der Vaguswurzel angefangen bis zum Velum zu verfolgen. Beim Menschen muss dasselbe Verhalten angenommen werden. Das relativ häufige Zusammentreffen von Otitis und Gaumenlähmung ist zwar bekannt, doch weiss man über den inneren Zusammenhang nichts Bestimmtes; vielleicht wird da der in grosser Nähe befindliche und sehr vulnerable Vagus durch denselben Process geschädigt.

Réthi deckte auch die secretorischen Gaumennerven, ihre Centren und ihren peripheren Verlauf auf und zeigte, dass sowohl der Facialis als auch der Sympathicus die secretorischen Fasern liefert. Das durch Facialisreizung gewonnene Secret hat eine andere Beschaffenheit, insbesondere ist es reicher an fetten Substanzen als das Sympathicussecret. Die von einzelnen Anatomen vom Facialisstamm durch den N. petrosus superficialis major verfolgten Fasern, die früher als motorisch gedeutet wurden, sind eben diese secretorischen Facialisfasern.

Sargnon (Lyon) und Barlatier (Romans): Die chirurgische Behandlung von laryngo-trachealen Stenosen. (Referat.)

In dieser Arbeit beschäftigen sich die Referenten mit den allgemeinen Methoden und operativen Indicationen, der Natur der Veränderungen ensprechend. Die allgemeinen Methoden sind: die endolaryngealen Eingriffe, directe oder indirecte, und die äusseren Methoden. Reff. beschäftigen sich besonders mit der subglottischen directen retrograden Tracheoskopie, mit der Intubation und mit der inneren Kautschukerweiterung. Von den blutigen Methoden werden besonders erwähnt:

die „Stomien" der Luftwege, hauptsächlich die Tracheolaryngostomie, welche Reff. methodisch ausgebildet haben, besonders für die Heilung der narbigen Laryngotrachealstenosen und recidivirenden Papillome. Sie geben der äusseren Kautschukerweiterung den Vorzug. Sie referirten über 16 eigene Laryngostomiefälle. Es wurden im Ganzen 70 ausgeführt. Die Athmungsresultate sind gut, die Sprache sehr gebessert, weil die Stimmbänder sich wieder bildeten.

Indicationen und Resultate: Die Referenten empfehlen dieselben: 1. bei den äusserlichen Laryngo-trachealstenosen, 2. bei den oberen Larynx- und Trachealstenosen und 3. bei den Trachealerkrankungen.

Die äusserlichen Laryngo-trachealerkrankungen sind mannigfach. Besonders zu erwähnen sind die durch Schilddrüsen und Thymus bedingten Zusammendrückungen. Die Entfernung der Verengerung soll jedesmal, wenn möglich, der Tracheotomie vorgezogen werden, weil letztere besonders schwer ist bei bösartigen Neubildungen. Bei den inneren Kehlkopf- und oberen Trachealverengungen und für die acuten Entzündungen, besonders bei Kindern, empfehlen Reff. die Intubation, in Fällen wo Morphin versagt. Die Tracheotomie ist besonders indicirt für den Laryngotyphus und Kehlkopfabscess. Bei Laryngosyphilis haben die Intubation und Tracheotomie ihre Indicationen. Die Tracheotomie ist nur für die schwersten tuberculösen Verengerungen anzuwenden. Bei den narbigen Verengungen, die den innerlichen Erweiterungen so oft widerstehen, giebt die Laryngostomie mehr Erfolg als die Laryngofissur. Die den Kehlkopf verstopfenden Papillome werden durch directen Weg entfernt, wenn die Dyspnoe eine leichte ist, in gegensätzlichem Falle durch Tracheotomie, durch Laryngostomie im Falle des Nichtgelingens oder Recidiv. Bei Kehlkopfspasmus von kurzer Dauer wird die Intubation empfohlen, bei den recividirenden Fällen und Lähmungen die Tracheotomie. Die Laryngofissur und Laryngectomie erwiesen gute Erfolge bei bösartigen Neubildungen. Die tiefe Trachealstenose ist schwer zu verbessern, die innere Erweiterung, die Einschnitte und die Abtragung durch directen und auf trachealem Wege geben befriedigende Ergebnisse. Was die bösartigen primären oder secundären Trachealtumoren anbelangt, ist die Prognose äusserst ungünstig und ihre radicale Entfernung sehr oft unmöglich.

Donogány (Budapest).

(Fortsetzung folgt.)

III. Briefkasten.

Danksagung.

Allen meinen lieben Collegen, die bei Gelegenheit des XVI. Internationalen Aerzte-Congresses an der mich so sehr ehrenden Adresse Theil genommen haben, sage ich hiermit meinen innigsten Dank.

Dr. Eduard Löri,
Budapest.

Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den Internationalen Congressen.

Herr Prof. Onodi (Budapest) hat an den Herausgeber des Centralblatts als den Secretair des permanenten Comités für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse folgendes Schreiben gerichtet, dessen Veröffentlichung an dieser Stelle er anheimgestellt hat.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In der Octobernummer Ihres Centralblatts lese ich Ihre Reflexionen über die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congressess und den Sitzungsbericht des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie. Sie haben in Ihren Reflexionen die Frage der Ehrenpräsidenten auch berührt. Mit Ihren kritischen Bemerkungen bin ich auch einverstanden, und da ich von der enormen Zahl der vorgeschlagenen Ehrenpräsidenten absolut keine Kenntniss hatte, so kann ich um so objectiver meine Bemerkungen diesbezüglich machen. Bezüglich der Arbeitsordnung hat das permanente Comité mehrere Beschlüsse gefasst; ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auch auf diese Frage lenken.

Im Centralblatt, in der Berliner klinischen Wochenschrift und in anderen medicinischen Journalen ist die Frage der Ehrenpräsidenten wiederholt aufgeworfen und kritisirt worden, aber, wie wir sehen, ohne Resultat. Auf jedem Congresse begegnen wir fast immer derselben Liste der Ehrenpräsidenten; es sind zunächst die bekannten Vertreter des Faches. Auf dem Wiener Congress figurirten schon Namen, die wir überhaupt zum ersten Male hörten; in Budapest stieg die Zahl der Ehrenpräsidenten so, dass sie fast die Hälfte der Theilnehmer zu erreichen schien. Dabei ist zu bemerken, dass einige der gewählten Ehrenpräsidenten gar nicht am Congress theilgenommen hatten oder sich nicht mehr unter den Lebenden befanden.

Die Aufgabe des Ehrenpräsidenten ist eine ernste; seine Wahl ist entschieden eine Ehrung. Der Ehrenpräsident hat die Sitzung zu leiten, die Tagesordnung zu überwachen und die wissenschaftliche Arbeit würdevoll zu führen. Es ist selbstredend, dass diese Aufgabe illusorisch wird bei einer täglich wechselnden grösseren Zahl der Ehrenpräsidenten. Und da es sich dabei eigentlich um eine überaus grosse Höflichkeit handelt, so kann und soll sich diese in anderen collegialen Formen äussern.

Das permanente Comité sollte auch diese Frage regeln und beschliessen, dass entsprechend den Vormittags- und Nachmittagssitzungen die Zahl der Ehrenpräsidenten festgestellt und ihre Wahl unter den anwesenden Collegen getroffen werde; die Ehrung soll den Verdiensten gelten, die sie sich um Aufbau und Entwickelung unserer Fachwissenschaft erworben haben. Es wäre somit auf der einen Seite die ständige Ehrenpräsidentenliste, auf der anderen Seite wären die oben erwähnten Auswüchse zu beseitigen.

Onodi.

Personalnachrichten.

An der Universität Sassari ist ein Lehrstuhl für Oto-Rhino-Laryngologie eingerichtet worden, auf den Prof. Dr. De Carli berufen worden ist.

Dr. Carlo De Rossi ist zur Privatdocentur in Rom zugelassen worden.

An der Academie in Cöln wurde der vereinigte Lehrauftrag für Otologie und Rhino-Laryngologie dem Prof. Dr. Preysing übertragen.

Dr. Emil Glas ist zur Privatdocentur für Rhino-Laryngologie an der Universität Wien zugelassen worden.

Redactionelles.

Herr Dr. Brindel (Bordeaux) ist aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausgeschieden. Wir sprechen ihm auch an dieser Stelle für die dem Blatte geleisteten Dienste unseren Dank aus. An seiner Stelle wird Herr Dr. Lautmann (Paris) einen Theil der französischen Literatur referiren.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, December. 1909. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Trofimow. Bericht über die Thätigkeit der neueröffneten klinischen Abtheilung an der Universität Kiew. (Otscherk dejatelnosti wnow otkritawo spetsiwlnawo klinitsch. otdelenija uniwersitita sw. Wladimira w g. Kiewe.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. p. 303. 1908.*

Die Abtheilung functionirt unter der Leitung von N. Trofimow seit dem 1. Juli 1906. Bestätigt wurde sie erst 1907.

Im Jahre 1907 sind in der Abtheilung 261 Operationen ausgeführt worden mit 10 Todesfällen. Die meisten Operationen betrafen Ohrenkranke.

Besonders hervorzuheben verdient die Art der allgemeinen Narkose. Sie wird nach Dr. Krushilin per rectum mit Aether ausgeführt. P. HELLAT.

2) **Jürgens. Ueber die Lage der Ohren- und Halskranken während des russisch-japanischen Krieges. (K woprosu o poloshenii stradawschich uschminii gorlowini bolesjami wo wremja biwshei rusko-japonskoi boini.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 268. 1908.*

J. hält es für ein Hauptübel, dass trotz der grossen Anzahl einberufener Specialisten oto-rhinologische Patienten keine specialistische Hülfe haben konnten. Specialisten für Ohren-Rachenkrankheiten mussten sich mit Diarrhoen und Dermatosen beschäftigen, während Syphilidologen und Accoucheurs Larynxkranke in Behandlung hatten.

Ferner fehlten jegliche specialistischen Instrumente.

Zum Schluss wird das ungemein günstige Klima der Mandschurei für die Leiden der oberen Luftwege hervorgehoben. P. HELLAT.

3) **Chiari** (Wien). **Einige Beispiele von der Thätigkeit des Laryngo-Rhinologen als Sachverständigen.** *Medic. Klinik. 38. 1909.*

Die ärztlichen Gutachten betreffen eine traumatische Stenose des Oesophagus, die Chiari als eine traumatische Neurose auffassen musste, welche durch Schreck

entstanden war. In einem zweiten Falle, war Klage gestellt worden, weil bei der Aetzung von Geschwüren im Rachen mit Lapisstift ein 2 cm langes Stück von diesem abgebrochen und verschluckt worden war. Es musste dies als ein unglücklicher Zufall, nicht als Kunstfehler bezeichnet werden. Auch im dritten Falle, wo ein angeblicher Kunstfehler bei Septumoperation gemacht worden sein sollte, konnte die Klage als unberechtigt zurückgewiesen werden. SEIFERT.

4) **Notiz des Herausgebers. Die gewöhnliche „Erkältung". (The ordinary „cold".)** *N. Y. Medical Journal. 10. April 1909.*

Verf. lässt das ganze therapeutische Rüstzeug, das bei acuten Rhinopharyngitiden angewandt wird, Revue passieren, um zu dem Resultat zu kommen, dass fast jedes Mittel für gewisse Fälle hilft, aber nicht für alle. LEFFERTS.

5) **John A. Fordyce. Einige Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, die auf Hautkrankheiten zu beziehen sind. (Some affections of the oral and nasal cavities which are related to skin diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 6. März 1909.*

Die Beziehungen zwischen Affectionen der äusseren Haut und der Schleimhaut der oberen Luftwege ergeben sich nicht nur bei den reinen Dermatosen, sondern auch bei den acuten exanthematischen Krankheiten (Koplik'sche Flecken bei Masern, Pusteln im Mund bei Pocken, Himbeerzunge bei Scharlach etc.).

Die Eruptionen auf der Schleimhaut zeigen gewisse Eigenthümlichkeiten gegenüber denen auf der Haut, so dass die Diagnose dadurch schwieriger wird. So ist infolge der grösseren Transparenz der Schleimhaut der Farbencontrast nicht so gross; infolge der Feuchtigkeit und Maceration, sowie durch secundäre Infection treten Veränderungen ein u. s. w. LEFFERTS.

6) **Felix Cohn. Die eruptiven Zustände in Nase und Hals vom laryngologischen Standpunkt betrachtet. (The eruptive conditions of the nose and throat; their consideration from the point of view of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Ref. macht ausser auf die bekannten Schleimhauterscheinungen bei Masern und Scharlach aufmerksam auf eine eigenthümliche circumscripte, herpesartige Eruption auf den Tonsillen und den hinteren Rändern der Zunge als erstes Symptom beim Typhus; es kann ein paar Tage lang eine Diphtherie vorgetäuscht werden.

Herpes der Schleimhaut kann in viererlei Art auftreten: 1. fieberhaft mit einer gleichzeitigen Hauterkrankung, 2. an Stelle der Hautaffection, 3. als Vorläufer der Hautaffection, 4. unabhängig von jeder Dermatose als reine Halsaffection.

Chronischer Herpes ist verhältnismässig selten; seine differentielle Diagnose, z. B. gegenüber dem chronischen Pemphigus, ist sehr schwer. Vom chronischen Pemphigus der Schleimhaut hat Ref. 4 Fälle gesehen.

Verf. bespricht dann noch den Lichen ruber planus, die durch Arzneimittel hervorgerufenen Erscheinungen und das angioneurotische Oedem. EMIL MAYER.

7) **Louis Fischer. Eruptionen in Nase und Hals bei Kindern vom pädiatrischen Standpunkt. (Eruptive manifestations in the nose and throat of children from a pediatric standpoint.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Bei vielen fieberhaften Erkrankungen der Kinder treten herpetische oder urticariaähnliche oder ulcerative Eruptionen in den oberen Luftwegen auf.

Die bei Kindern am häufigsten angetroffenen eruptiven Erscheinungen sind: Die Angina ulcero-membranacea, Urticaria, angioneurotisches Oedem, Psoriasis, Scleroderma, Erysipel, Pemphigus, Pseudocalloid (Fordyce's Disease), Pseudoherpes, Psilosis, Leukoplakie.

EMIL MAYER.

8) **L. Grünwald** (München). **Ueber psychisch bedingte Erscheinungen im Bereich der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die interessante Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

9) **Wilhelm Grosskopf** (Osnabrück). **Einfluss der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 507. 1908.*

Es ergiebt sich aus Untersuchungen an 50 Fällen folgender Schluss:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind zweifellos von Einfluss auf die oberen Luftwege, und zwar setzen die Veränderungen während der Schwangerschaft ein, erfahren im weiteren Verlaufe derselben eine Steigerung, um im Wochenbett wieder zu schwinden. Die Veränderungen sind entzündlicher Natur; so erklärt sich, da die entzündlich veränderte Kehlkopfschleimhaut ihres natürlichen Schutzes gegen das Eindringen von Krankheitserregern beraubt ist, die Prädisposition der Schwangerschaft für Kehlkopftuberculose. Eine auffallende Erscheinung ist die Thatsache, dass starke Blutungen in der Geburt durch anämische Zustände, schwere und langdauernde Geburten sich durch Blutaustritte in die oberen Luftwege bemerkbar machen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

10) **J. W. Gleitsmann** (New York). **Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.** (Referat über Tuberculose und Lupus der Nase, des Nasenrachenraumes und Pharynx für den Internationalen Laryngo-Rhinologencongress. Wien, April 1908.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 110. 1908.*

Von neueren Behandlungsmethoden wird besonders die contactlose Heissluftcauterisation von Holländer lobend hervorgehoben. Sie besteht in der Application eines heissen Luftstroms von 300—400° auf die erkrankte Stelle, ohne sie selbst zu berühren. Durch die Hitze werden die Bacillen getödtet und Nekrose hervorgerufen.

Ebenfalls wird die Behandlung mit Tuberculin warm empfohlen, bei deren vorsichtiger Anwendung Verf. nie unangenehme Reactionen oder Zufälle gehabt hat; nur bei ausgedehnten Infiltrationen im Larynx ist äusserste Sorgfalt nöthig, oder auch gänzliche Vermeidung der Kur, um Erstickungsgefahr infolge einer etwaigen reactiven Schwellung zu vermeiden. Gute Erfolge mit Radium werden berichtet.

Verl. räth ferner, sich von der etwaigen Existenz von Tuberculose der hypertrophischen Rachenmandel zu überzeugen. Um eine zu befürchtende Infection und Weiterverbreitung der Tuberculose zu verhindern, ist sorgfältige Nachbehandlung, wie Reinigung, Cauterisation der Wunde u. s. w. zu empfehlen. Verf. hat durch Ausserachtlassung dieser Cautelen nach Operation einer sonst ganz latenten Mandelaffection eine Lungentuberculose entstehen sehen.

Ausserdem ist nach Ansicht des Verf. Entfernung etwa vorhandener infiltrirter Lymphdrüsen dringend zu rathen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

11) **Most** (Breslau). **Die Infectionswege der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 8. 1908.*

Aus der interessanten Arbeit des durch seine Untersuchungen über die Lymphbahnen rühmlich bekannten Autors interessiren hier zunächst die Abschnitte über Beziehungen der Lungentuberculose zu den Halslymphdrüsen resp. Tonsillengebiet und der Rachenschleimhaut.

Der Autor kommt zu dem Schluss, dass ein Infectionsweg, der von der Tonsillengegend über das Halslymphgebiet zur Pleuragruppe führen soll, nicht existirt.

Ebenso kommt nicht, höchstens in ganz vereinzelten Fällen der zweite Infectionsweg, der vom Rachenlymphgebiet auf die tracheo-bronchialen Drüsen hinübergehen soll, in Frage.

Bezüglich der Halsdrüsentuberculose resumirt der Verf. auf Grund eigener Untersuchungen an 47 operirten Fällen, dass in etwa einem Drittel der Fälle die Halsdrüsentuberculose in den Gesichtspartien ihre Ursache hat, und hier spielen die sogenannten scrophulösen Ekzeme um Mund, Nase und Auge wohl die bedeutsamste Rolle. In mindestens zwei Dritteln der Fälle sind wir auf die Schleimhaut der Nasen- und Rachenhöhle als Infectionsquelle hingewiesen, und hier ist wiederum der lymphatische Rachenring der ätiologisch wichtigste Factor.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Sabourin. Rückwirkung von Rhinopharyngitiden auf die Lungentuberculose. (Répercussion de rhino-pharyngites sur la tuberculose pulmonaire.)** *Journal des Praticiens. 14. August 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei Phthisikern während acuter Rhino-Pharyngitiden eine Verschlechterung der Lungenerscheinungen zu beobachten ist: wo vorher trockene Geräusche vorhanden waren, traten feuchte auf, und auch an Stellen, die bereits geheilt waren, traten solche auf. GONTIER de la ROCHE.

13) **F. Robert Zeit. Ein Fall von acutem Rotz beim Menschen. (A case of acute human glanders.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, der mit dünnem wässerigem Ausfluss aus der Nase und Schmerzen in der linken Schulter und starkem, eine halbe Stunde anhaltendem Schüttelfrost mit nachfolgender extremer Schwäche in den unteren Extremitäten begann. Die Schulterschmerzen und die Störungen des Allgemeinbefindens hielten eine Woche lang an, dann traten typhusähnliche Symptome auf: Delirium in der Nacht, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Diarrhoe und Schmerzen in

der linken Schulter. Es stellte sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Beins ein, gewisse Rigidität der Nackenmusculatur, gesteigerte Reflexerregbarkeit, dabei normale Morgentemperaturen. Ein paar, klares Serum enthaltende Bläschen zeigten sich auf der linken Schulter.

Bei der vom Arzte am 26. Krankheitstage vorgenommenen Untersuchung wurde Pat. delirirend mit starren Augen, rother trockener Zunge, verstopfter Nase im Bett gefunden. Die linke Schulter war mit Bläschen bedeckt. Der Puls war flatternd, aussetzend. Ueber der linken Fibula, gerade unterhalb des Knies fand sich ein ungefähr 50pfennigstückgrosser, sehr schmerzhafter, harter und unebener Knoten. Der pustulöse Ausschlag breitete sich über die linke Brustseite bis zum Nabel, nach oben auf das Gesicht und vom rechten Handgelenk bis zum Ellenbogen aus. Der Urin enthielt etwas Eiweiss, gab keine Diazoreaction; Widal war negativ. Die Bacillen waren gramnegativ. Es wurden charakteristische Culturen erhalten; subcutane und intraperitoneale Impfung auf Meerschweinchen war negativ.

LEFFERTS.

14) **Gaston** und **Commandon** (Paris). **Das Ultramikroskop und seine wesentliche Rolle bei der Diagnose der Syphilis. (L'ultramicroscope et son rôle essentiel dans le diagnostic de la syphilis.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 19. März 1909.*

Verf. behaupten, dass es selbst in Fällen, wo die Infection mehrere Jahre zurückdatirt, möglich sei, im Pharynx die Spirochaeta pallida nachzuweisen.

GONTIER de la ROCHE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **M. Perrin. Beitrag zur Entwickelung der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude du développement des fosses nasales.)** *Dissert. Lille 1908.*

In vorliegender Arbeit über die Entwicklung der Nasenhöhle stützt sich P. nicht auf eigene Untersuchungen, sondern referirt den französischen Lesern die Arbeiten deutscher Autoren, vor Allem die grundlegenden Untersuchungen von His.

OPPIKOFER.

16) **Zoltán von Lénárt** (Budapest). **Experimentelle Studie über den Zusammenhang des Lymphgefässsystems der Nasenhöhle und der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Die Ergebnisse der Experimente — bestehend in Injection körniger, in Wasser und in der Gewebsflüssigkeit unlöslicher Stoffe in die Nasenschleimhaut von Kaninchen, Hunden und Ferkeln unter minimalem Drucke — sind folgende:

1. Die injicirten Massen können von der Nasenschleimhaut vermittelst der Lymphbahnen in die Tonsillen gelangen. Hierdurch wird experimentell bestätigt, dass Infectionskeime aus der Nase durch die Lymphbahnen in die Mandeln überwandern und hier eine Entzündung hervorrufen können.

2. Bestätigung der Annahme A. Most's über die Lymphströmung der Nase und des Rachens in vivo, auf welche er nach seinen anatomischen Untersuchungen schloss.

3. Fremdkörper der Tonsillen werden zum Theil gegen deren Oberfläche ausgeschaltet.

4. Zwischen den Lymphgefässen beider Tonsillen besteht ein inniger Zusammenhang, da nach einseitiger Injection die Körnchen nicht nur in die correspondirende, sondern auch in die anderseitige Tonsille eindringen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die Proportionen der Geruchscompensation.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

18) **H. Zwaardemaker. Die vektorielle Darstellung eines Systems von Geruchscompensationen.** *Ibidem.*

Weitere Arbeiten zur Physiologie des Geruchssinnes.

H. BURGER.

19) **Onodi** (Budapest). **Intermittirende Störungen des Geruchssinns.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat 4 Fälle von intermittirender Anosmie beobachtet und giebt eine kurze Schilderung der beobachteten Symptome.

v. NAVRATIL-POLYAK.

20) **Charles K. Mills. Die Hirncentren für Geruch und Geschmack. (The cerebral centres for taste and smell.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Verf. berichtet über einen Patienten, der 10 Jahre lang Anfälle von Bewusstlosigkeit hatte, denen bisweilen Convulsionen folgten. Es ergab sich, dass der Geschmackssinn gestört, der Geruch aber erhalten war. Die Gehirnsection zeigte einen Tumor in der linken Hemisphäre, welche viel grösser war als die rechte.

In der epikritischen Betrachtung des Falles kommt Verf. zu dem Schluss, dass die motorischen und sensorischen Centren, die bei Epilepsie mit gastro-intestinaler Aura in Betracht kommen, in derselben Hirnregion liegen, wie die corticalen Centren für Geschmack und Geruch.

LEFFERTS.

21) **A. Jurasz** (Lemberg). **Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1909.*

Bezugnehmend auf die Muck'sche Arbeit (Münch. med. Wochenschr. 1909. No. 29) macht Jurasz — unter Mittheilung einer einschlägigen Krankengeschichte — auf die prompte Wirkung der Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten aufmerksam. Dieses längst bekannte und viel gebrauchte Volksmittel — Auflegen eines in Eiswasser eingetauchten und ausgedrückten Handtuches oder Auflegen kalter Schlüssel auf den Nacken — ruft reflectorisch eine Contraction der Nasenschleimhaut-Blutgefässe hervor und lässt dadurch, wenn auch nur vorübergehend, die Blutung schnell zum Stillstand kommen.

HECHT.

22) **O. Muck** (Essen). **Ueber eine durch cutane Kälteeinwirkung auf die Nackengegend periodisch zu erzeugende Ischämie der congestionirten Nasenschleimhaut. Ein prophylaktisch-therapeutischer Vorschlag für nasale Reflexneurosen (Asthma bronchiale und Rhinitis vasemotoria).** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Muck erörtert die anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Medulla oblongata und Nasenschleimhaut und empfiehlt das durch Kältereiz auf

die Nackenhaut zu erzielende Abschwellungsphänomen der Nasenschleimhaut zu therapeutischen Zwecken. Es ist neben der Kältewirkung noch „der mechanische Reiz des direct auf den Nacken aufspritzenden Wassers“ zur Erzielung der vollständigen Reaction nöthig. Auflegen von nassen Tüchern oder Eisbeutel wirken nur unvollkommen; am zweckmässigsten ist die Brause oder Uebergiessung mehrerer Liter kalten Wassers über den Nacken. Muck berichtet über einen auf diese Weise therapeutisch sehr günstig beeinflussten Fall von Asthma bronchiale nasale und empfiehlt die gleiche Therapie bei vasomotorischer Rhinitis, sowie bei protrahirtem Verlauf acuter Rhinitiden. Zugleich warnt M. vor der localen Application des Cocains bei derartig chronischen Erkrankungen wegen der Gefahr des Cocainismus.

HECHT.

23) **R. Helot. Der „kalte Schlüssel“ auf den Rücken bei Nasenbluten. (The cold key to the back in epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1907.*

Verf. spricht von der günstigen Wirkung, die bisweilen die Anwendung der Kälte bei Nasenbluten hat, und von dem Volksgebrauch, diese Kältewirkung durch Application von Metallgegenständen, besonders von grossen Schlüsseln in den Nacken zu erzielen.

LEFFERTS.

24) **Angelo Signorelli. Linksseitiges Nasenbluten vor den Anfällen bei Malaria. (Epistassi preaccessionale sinistra nelle infezione malarica.)** *Atti delle Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1908.*

Verf. hat bei Malariakranken bei Auftreten des Fieberanfalles linksseitiges Nasenbluten beobachtet, ohne dass anatomische Veränderungen an der Nasenschleimhaut zu constatiren waren. Er erklärt dies durch starke vasomotorische Reactionen, die durch den malarischen Fieberanfall ausgelöst werden und durch die vorübergehende Zunahme des Blutdrucks im Beginn des Anfalls.

FINDER.

25) **Mühlenkamp. Ueber die diametral gegenüberstehenden Folgeerscheinungen zweier Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

In dem ersten Falle, 3—4jähriges Kind, hatte ein metallischer, mit einer Oese versehener runder Knopf durch $1^1/_2$ Jahre hindurch in der Nase gesteckt und durch die hierdurch bedingte Reizung zu Granulationsbildung und Eiterung geführt, die eine starke Entzündung des rechten Cavum nasi mit partiellem Defect des rechten Nasenflügels im Gefolge hatte. Im Gegensatz hierzu berichtet Autor einen zweiten Fall, in dem bei einem 25jährigen Patienten eine kleine Kugel von einer Kinderrechenmaschine ca. 19 Jahre vollkommen reactionslos vor dem Kopfe der mittleren Muschel lag.

HECHT.

26) **G. Krebs** (Hildesheim), **Fremdkörper in der Nasenhöhle als Ursache für Oberkieferempyem. (Foreign bodies in the nasal cavity as a cause of maxillary empyema.)** *Archives Otology. Juni-August 1908.*

Es werden zwei Fälle angeführt, von denen der eine durch ein Getreidekorn in der Nase verursacht wurde. Es stand fest, dass vor Eindringen des Fremdkörpers die Höhle gesund war. Um das Korn bildeten sich Granulationen und von da aus ging die Infection der Höhle vor sich.

EMIL MAYER.

27) **Gorodetzki. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w polosti nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 541. 1908.*

Klagen — Undurchgängigkeit der Nase und beständiger Schnupfen. Zahnreihe erhalten, complet.

P. HELLAT.

28) **D. L. Sevrill. Fremdkörper 44 Jahre in der Nase. (Foreign bodies in the nose for 44 years.)** *Lancet. Vol. II. p. 712. 1909.*

Ein in der Nase seit 44 Jahren steckender Knopf bildete den Kern eines grossen Rhinolithen, der nahe der linken Choane sass.

WATSON WILLIAMS.

29) **Dodin. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w nesowoi polosti.)** *Jeshemesjatschnik. p. 399. 1908.*

Die Ueberschrift besagt alles.

P. HELLAT.

30) **Faure. Grosser Rhinolith in der rechten Nase. (Rhinolithe volumineux de la narine droite.)** *Soc. des sciences méd. de la Loire, 1908.*

Frau mit Nasenverstopfung und eitriger Absonderung. Verf. entfernte zuerst eine käsige Masse, dann ein Stück eines Drains, das bei einer früher stattgehabten endonasalen Behandlung vergessen worden war.

C. CARTAZ.

31) **A. Patschkowski** (Smolensk). **Zur Casuistik der Rhinolithen. (K kasuistike rinolitow.)** *Wratschebnaja Gaseta. No. 29 u. 30. 1908.*

Ein Nasenstein bei einem Erwachsenen. Die ausführliche Besprechung des Falles enthält nichts Neues.

P. HELLAT.

32) **J. Alksne** (Libau). **Zur Casuistik der Nasensteine.** *Zeitschr. f. Laryngol. Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 15. 1909.*

Der 6 g schwere Stein wurde bei dem 23jährigen Patienten aus der rechten Nasenhälfte extrahirt, enthielt in seinem Innern den Kern einer Sonnenblume und bestand hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

OPPIKOFER.

33) **A. J. Schapiro. Zur Frage über den Einfluss der behinderten Nasenathmung auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes, auf die Athmung und Circulation. (K woprosu o wlijanii satrudnennawo nossowawo dichania na morfologitscheski sostaw krowi, dichanie i krowoobruschtschenie.)** *Dissert. Moskau 1907.*

Als Folge des behinderten Luftzutritts in die Lungen führt Verf. folgende Erscheinungen an: Bei Kindern (es wurden 131 Kinder mit Rachenwucherungen untersucht) 1. ist die Zahl der Erythrocyten subnormal, der Leukocyten aber bedeutend vergrössert, 2. ist die Operation der Rachenmandel von keinem Einfluss auf die rothen Blutkörperchen, die Leukocyten aber verringern sich danach zusehends.

Die Versuche an jungen Hunden, denen die Nase längere Zeit tamponirt war, ergaben folgendes: 1. Das Athmen wird langsamer, die Excursionen des Thorax grösser, das Diaphragma nimmt eine tiefere Stellung und der Druck in der Trachea wird höher, 2. der arterielle Druck und der Druck in den peripheren Venen wird grösser, im rechten Ventrikel und an den Venenmündungen aber geringer, 3. ein

Anwachsen der Erythro- und Leukocyten und des Hämoglobins des Blutes, 4. bei der Section ein deutliches Emphysem, 5. wirkt die einseitige Nasenverstopfung weder auf die Blutcirculation, noch auf die Athmung des Thieres.

GOLDSTEIN-HELLAT.

34) **Donald T. Atkinson. Einige Wirkungen der Nasenstenose. (Some results of nasal stenosis.)** *Texas State Journal of Medicine. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen durch Nasenverstopfung bedingten reflectorischen und mechanischen Störungen.

EMIL MAYER.

35) **Otto Glogau. Nasenverstopfung bei Kindern. (Nasal obstruction in children.)** *American Medicine. April 1909.*

Verf. theilt die Nasenverstopfungen in 2 Gruppen: weiche Nasenverstopfungen und harte; erstere resultieren aus acuten oder chronischen Veränderungen der Schleimhaut, letztere aus angeborenen oder erworbenen Veränderungen des knorplig-knöchernen Stützwerkes.

Verf. setzt die Rachenmandel in einen Vergleich zur Schilddrüse und meint, wenn der „Furor adenoidicus" erst vorüber sein werde, werde man erst die Symptome der „Cachexia adenoipriva" kennen lernen und conservativer werden in Bezug auf die Entfernung eines Organs, dessen Functionen wir nicht kennen.

Unter 2064 Kindern fand Verf. bei 1600 Septumverbiegungen; von diesen waren 342 unter 7 Jahren und 91 unter 4 Jahren.

EMIL MAYER.

36) **Réthi** (Wien). **Die Verstopfung der Nase in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1909.*

Ein für die allgemein practizirenden Aerzte bestimmter Vortrag in einem Bezirksärzte-Verein in Wien.

HANSZEL.

37) **O. Chiari. Ueber angeborene, membranöse, retronasale Verschlüsse der Choanen.** (Nach einem auf der 80. Versamml. Deutscher Naturforsch. u. Aerzte in Köln 1908 gehaltenen Vortrage.) *Wiener med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Ch. fand bei den verschiedenen Formen dieser retronasalen Membranen als gemeinsame Eigentümlichkeiten, dass die Membran sich zwischen dem oberen Velumrande, dem Rachendach und den seitlichen Rachenwänden ausspannt, die Tubenostien von hinten her deckt, dass sich die Membran durch Velumbewegung bewegt, die knöcherne Choanalumrandung nicht verengt ist, die Operation meist sehr einfach ist. Sehr wichtig ist die histologische Untersuchung der Membran zum Zwecke der Constatirung des congenitalen Ursprungs, was bisher nur in zwei Fällen geschah.

HANSZEL.

38) **Otto Kahler** Wien.) **Ueber congenitale knöcherne Choanalatresie.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1909.*

Nach Mittheilung der Krankengeschichten von 9 einschlägigen Fällen aus der Chiari'schen Klinik und kritischen Besprechung der vom Autor in der Literatur gefundenen verschiedenen Theorien über Ursache und Folgeerscheinungen der congenitalen Choanalatresien, sowie Erörterung der Frage über den Einfluss der Mundathmung auf die Höhe des Gaumens, bespricht Verf. zum Schluss die Sym-

ptomatologie, Diagnose und Therapie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

39) J. P. Clark. **Anormale Faltenbildung im Nasenrachen. (Anomalous folds in the nasopharynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. April 1908.*

Es handelt sich um symmetrische Gewebsfalten, die sich vom Rachendach zu jedem Tubenwulst ziehen und zwei Vorhängen ähneln, die hinter den Choanen liegen. Diese Falten sind sehr selten; wenn sie bei Trägern von Adenoiden vorkommen, so tragen sie zur Vermehrung der durch diese bedingten Störungen bei; ein Versuch, sie zu beseitigen, kann zur Verletzung der Tube führen. Es werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen diese Falten an die Tubenwülste angeheftet waren und wie Portieren zum Rachendach herabzogen. Die mikroskopische Untersuchung von einem exstirpirten Stückchen der Falte ergab nur normale Rachenschleimhaut.

EMIL MAYER.

40) Herm. Merkel (Erlangen). **Zur Kenntniss der primären Tuberculose der Nasenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Nach Besprechung des Infectionsmodus und der Entscheidung über secundäre und primäre Infection kritische Erörterung der einschlägigen Literatur und Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines einschlägigen Falles. Es handelte sich um eine primäre käsige Tuberculose der Nasenrachenschleimhaut, die erst auf dem Sectionstische festgestellt wurde. Beachtenswerth ist, dass im Sputum stets Tuberkelbacillen gefunden wurden, obwohl nach sorgfältigstem Durchsuchen sämmtlicher Organe der Leiche der Nasenrachenherd als einzige Manifestirung der Tuberculose festgestellt werden konnte.

HECHT.

41) Maljutin (Moskau). **Eine neue plastische Operationsmethode bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 55. 1908.*

Die bei dem Pat. erhaltene Uvula, die als unnützer Appendix in die Mundhöhle hineinragt, wurde zur Plastik benutzt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) Rowland G. Freeman. **Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar. 1909.*

Verf. warnt vor dem Gebrauch von Anästheticis, besonders bei Kindern mit lymphatischer Constitution. Wenn ein Anästheticum gebraucht wird, so solle man Lachgas anwenden.

LEFFERTS.

43) Arthur J. Herzig. **Folgen der Adenoiden. (Sequelae of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Adenoide bei Kindern unter einem Jahr sollen als Schutz gegen Infection betrachtet und nur aus zwei Indicationen entfernt werden, nämlich wenn die Nahrungsaufnahme behindert ist und wegen Mittelohreiterung.

LEFFERTS.

44) L. Williams. **Adenoide Vegetationen, Enuresis nocturna und die Schilddrüse. (Adenoids, nocturnal incontinence and the thyroid gland.)** *Lancet. Vol. I. p. 1245. 1909.*

Bericht über 25 Fälle von Enuresis nocturna bei Kindern mit adenoiden

Vegetationen, die mit Schilddrüsenextract behandelt wurden; in 24 Fällen mit Erfolg, in einem erfolglos. In dem ersten, einen 9jährigen Knaben betreffenden Fall, verschlechterte sich die Incontinenz nach der Operation, die hauptsächlich gemacht wurde, um diese Erscheinung zum Verschwinden zu bringen, derartig, dass Verf. meint, die Adenoiden wären möglicher Weise das Ergebniss einer Schilddrüseninsufficienz und stellten gewissermaassen eine Schutzmaassregel gegen die Enuresis nocturna durch ihre innere Secretion dar.

Verf. betont die Nothwendigkeit einer genauen Dosirung. Vor Allem soll die Anfangsdosis klein sein und die Steigerung sehr vorsichtig erfolgen. Die minimale wirksame Dosis soll fortgesetzt werden, denn bei Ueberdosirung tritt vermehrte Enuresis nocturna ein.

WATSON WILLIAMS.

45) **Joh. Fein** (Wien). **Zur Abtragung der Rachenmandel.** *Mit 2 Abbildungen. Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1909.*

F. berichtet über eine Modification, die er an seiner Curette vorgenommen hat: „Der Stiel weist eine wesentlich verkürzte Form auf. Der Winkel zwischen der Handgriffsachse und dem quer gebogenen Abschnitt des Stieles wurde sehr stumpf genommen und der eigentliche Handgriff noch massiger und ganz nach der Gestaltung der zufassenden Hohlhand geformt, um sicher und kräftig gehalten werden zu können.“ Hierdurch ist die „vollständige Entfernung aller Theile der Rachenmandel“ sehr einfach geworden. Das neue Instrument wird in 4 Grössen von Reiner, Wien geliefert.

HECHT.

46) **W. C. Howle. Ein Fall von Henoch'scher Purpura. (A case of Henoch's Purpura.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1908.*

Als Verf. den 8jährigen Patienten im Juni 1908 zuerst sah, bestanden Leibschmerzen, Erbrechen, blutiger Urin und ein purpurfarbenes Erythem an Armen, Beinen und Brust. Der Fall war 3 Monate lang in Beobachtung; Perioden der Besserung und Verschlimmerung wechselten. Während einer Periode relativen Wohlbefindens wurden auf Rath eines Consiliarius die adenoiden Vegetationen entfernt. Zwei Wochen später starb der Knabe.

In der Epikrise des Falles sucht Verf. die Erkrankung als eine wahrscheinlich von den Tonsillen und Adenoiden ausgehende Infection zu erklären und wirft die Frage auf, ob man in solchem Falle berechtigt ist, Tonsillen und Adenoide zu entfernen, ob der Ausgang anders gewesen wäre, wenn die Operation früher oder überhaupt nicht vorgenommen wäre.

A. J. BRADY.

47) **Samuel Iglauer. Eine Methode, um Blutungen während der Adenoidoperation vorzubeugen. (A method of preventing hemorrhage during Adenectomy.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Methode besteht darin, dass vor Beginn der Operation die Zugstreifen eines postnasalen Tampons eingeführt werden und dass dann unmittelbar nach der Operation der Tampon an seinen Platz gezogen und dort einige Minuten liegen gelassen wird.

EMIL MAYER.

48) **Haymann** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Mandeln. 7. Ueber Blutungen nach Excision der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 15. 1908.*

Verf. unterscheidet 2 Typen von Blutungen: solche, die unmittelbar im Anschluss an die Operation auftreten, jedenfalls in continuirlichem Zusammenhang mit dieser stehen, und solche, bei denen zwischen Operation und Blutung ein längerer Zwischenraum liegt: Nachblutungen.

Er geht näher auf die Hämophilie ein und beschreibt einen selbst beobachteten Fall von letaler Blutung und Excision der 3 Mandeln. Auch Beispiele für die letale Blutung bei nicht erkannter Leukämie werden gegeben. Die starken postoperativen Blutungen im etwaigen Zusammenhang mit der Menstruation werden gestreift.

Von Nebenverletzungen führen wohl Verletzungen am hinteren freien Rand des Septums und eines stark vorspringenden Atlasbogens, besonders aber die Läsion hinterer Muschelenden am häufigsten zu stärkeren Blutungen.

Grössere Schwierigkeiten bereiten der Deutung die Nachblutungen.

Auf 3000 Fälle kommen 21 stärkere Nachblutungen.

Das Alter spielt dabei nicht die geringste Rolle. Veränderungen der Rachenmandel selbst kommen anscheinend garnicht oder nur ausnahmsweise in Betracht. Maassgebend dafür sind Nebenverletzungen und besonders das Zurückbleiben partiell abgetragener Gewebsfetzen.

Zum Schluss geht Verf. auf die Therapie der Blutungen ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

49) **Kafemann** (Königsberg). **Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter mit Bemerkungen für die ärztliche Praxis.** *Med. Klinik. 40. 1909.*

Die Operation bei dem 10jährigen Knaben verlief unter ganz geringem Blutverlust, aber 3 Minuten nachher trat eine Blutung ein, die auch nach Tamponade des Nasenrachenraums nicht vollständig zu stillen war. Von einer Lösung: Calcii chlorati purissimi crystall. 4,0, Sir. Menthae 50,0, Aq. destill. 100,0, liess K. $^{1}/_{4}$ stündl. 1 Essl. voll nehmen und es scheint, als ob dieses die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigernde Mittel an der Beendigung der Blutung betheiligt war.

SEIFERT.

50) **Victor Lange. Einige Bemerkungen über Operation wegen adenoider Vegetationen mit Angabe von einem Ringmesser mit Fangapparat. (Nogle Bemerkninger om Operation af adenoide Vegetationer med Angivelse af en Ringkniv med Fangapparat.)** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Der Apparat ist Gottstein's Ringmesser ähnlich mit zwei Rippen an der concaven Seite versehen, um die adenoiden Vegetationen zu fassen.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

51) **Samuel Goldstein. Eine neue Adenoidencurette. (A new adenoid curette.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Die Curette wird in 2 Grössen angefertigt; sie hat eine steigbügelartige

Form mit einer geraden, scharf schneidenden Klinge, die im rechten Winkel zum Handgriff steht. Die Seiten des Fensters sind abgerundet, so dass jede Gefahr einer Verletzung der Tuba Eustachii ausgeschlossen ist. LEFFERTS.

52) **A. Schliebs. Neuere Behandlungsmethoden der Geschwülste des Nasenrachenraums.** *Dissert. Greifswald 1908.*

Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden unter besonderer Berücksichtigung der osteoplastischen Resection beider Oberkiefer nach Kocher.

OPPIKOFER.

53) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Ueber die eigentliche Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanalpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 82. 1908.*

In seiner ausführlichen, durch Abbildungen ausgezeichneten Arbeit, kommt Verf. zu folgendem Résumé:

1. Die solitären Choanenpolypen sind ein Stadium der ausgewachsenen Antrumpolypen. Sie sind meist von Antrumpolypen begleitet.

2. Richtige Benennungen sind: Antrumpolypen, Antronasalpolypen, Antrochoanalpolypen, Antroepipharyngealpolypen, Antromesopharyngealpolypen, Antrohypopharyngealpolypen, Antrolaryngealpolypen, Antrooralpolypen, je nach dem Grade des Wachsthums.

3. Der Choanenpolypenbildung geht eine Entzündung oder Eiterung der Kieferhöhle voran: die genaue Untersuchung der Kieferhöhle darf bei den Choanenpolypen nicht vergessen werden.

4. Das Ostium accessorium maxillare ist bei den Choanenpolypen meist gross und lässt sich leicht sondiren.

5. Die Choanenpolypen können bis zum Larynx oder Mund auswachsen und durch äussere Reize ein malignes Aussehen erhalten.

6. Die Choanenpolypen (resp. Antrumpolypen) recidiviren solange der Mutterboden im Antrum nicht radical beseitigt ist.

7. Die Radicaloperation der Choanen(resp. Antrum-)polypen ist am besten, besonders beim gleichzeitigen Vorhandensein einer Kieferhöhleneiterung dadurch zu erzielen, dass man die Kieferhöhle von der Backentasche aus breit eröffnet, die degenerirte polypöse Schleimhaut in toto auskratzt, die ausserhalb der Kieferhöhle gewachsene Partie durch die accessorische Mündung nach dem Antrum extrahirt und die Wunde primär schliesst. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **Suñé** (Barcelona). **Nasenpolypen. (Polipo naso faringeo.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de la gargenta etc. No. 13. 1908.*

Der Polyp hatte eine doppelte Insertion: in der Nase und im Pharynx. Exstirpation mittelst Bistouri und kalter Schlinge. TAPIA.

55) **Gordon King. Ein Fall von Fibrom des Nasenrachens, durch Abreissen entfernt. (A case of fibroma of the naso-pharynx removed by avulsion.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

56) **Scheppegrell** (New-Orleans). **Fibröse Nasenrachentumoren. (Tumeurs fibreuses du naso-pharynx.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 8. 22. Februar 1908.*

Verf. räth zur Anwendung einer Schlinge, die dem Wright'schen Polypotom analog ist. Er cauterisirt den Stiel und tamponirt die Wunde, um eine Blutung zu vermeiden.

BRINDEL.

57) **G. Trautmann** (München). **Bemerkungen zur Operation der Schädelbasisfibrome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Kurze Zusammenstellung der Symptomatologie und der bisherigen Operationsmethoden.

Beschreibung eines eigenen Falles mit erfolgreicher Operation am hängenden Kopf in Chloroformnarkose.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

58) **Bruck** (Berlin). **Zur operativen Entfernung gestielter Nasenrachenpolypen.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

Bei einem 17 jährigen Mädchen mit einem grossen gestielten Polypen des Nasenrachenraumes legte Br. den Polypen von der Nase aus in die Schlinge, ihn nur in der Mitte einschnürend und riss mit einem kurzen Ruck den Polypen sammt dem Stiele aus.

SEIFERT.

59) **P. J. Mink** (Utrecht). **Ein Nasenrachenpolyp mit Hülfe der Elektrolyse abgetragen. (Een neuskeelpolyp med behulp van electrolyse verwijderd.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1104. 1909.*

Bei einem an linksseitiger Nasenverstopfung leidenden Manne von 28 Jahren wurden einige Nasenpolypen links entfernt; die Choane war von einer ziemlich festen elastischen Geschwulstmasse verschlossen. Bei der Rhinoscopia post. zeigte sich die linke Hälfte des Nasenrachenraumes von einer runden, glatten, dunkelrothen Geschwulst ausgefüllt. Mit der Sonde wurde die Einpflanzung des Polypen an der oberen Choanalwand festgestellt. Es gelang nicht eine Schlinge um die Geschwulst herumzuführen. Mittelst Elektrolyse (Stromstärke von 15 M. A.) wurde in 8 Sitzungen die Geschwulst derart zum Schrumpfen gebracht, dass dieselbe nun ganz leicht und ohne eine Spur von Blutung abgetragen werden konnte.

Die ganze Beschreibung macht einen gewöhnlichen Choanalpolypen weit mehr wahrscheinlich als einen typischen Nasenrachenpolypen.

H. BURGER.

60) **Peraire** (Paris). **Nasenrachenfibrom. (Fibrome naso-pharyngien.)** *Société des chirurgiens de Paris. 9. Juli 1909.*

Verf. entfernte bei einem 59jährigen Mann per os einen Nasenrachentumor von der Grösse einer Mandarine. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein ossificirendes Fibrom, das von einem veritablen Papillo-Adenom der Rachenschleimhaut ausgekleidet ist. Der Fall soll bis dato ein Unicum darstellen.

GOOTIER de la ROCHE.

61) **Klaus** (Tuttlingen). **Die Struma retropharyngea accessoria vera.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 1909.*

Bei dem unter den Erscheinungen eines retro-pharyngealen Abscesses er-

krankten Mädchen wurde eine retro-pharyngeale, theilweise retroösophageale Kropfcyste (ohne Zusammenhang mit der unveränderten Schilddrüse) operativ entfernt.

SEIFERT.

62) **Sidney Yankauer. Ein Fall von Carcinom des Nasenrachens und der Keilbeinregion, das auf Anwendung von Radium günstig reagirte. (A case of carcinoma of the naso-pharynx and sphenoid region which responded favorably to the use of radium.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach einer Einwirkung von 6 Stunden 10 Minuten im Lauf von 16 Tagen hatte der Tumor erheblich an Grösse verloren. Pat. war wieder fähig, durch die linke Nase zu athmen. Eine bestehende Augenmuskellähmung ging nicht zurück. Verf. führt die mangelhaften Resultate, die oft mit Anwendung des Radiums erzielt werden, zurück auf die nicht genügend lange Expositionsdauer.

EMIL MAYER.

63) **William Stuart-Low. Fall von maligner Erkrankung des Nasenrachens. (Case of malignant disease of the naso-pharynx.)** *Lancet. 20. März 1909.*

35jähriger Mann, der seit 5 Monaten an Nasenverstopfung leidet. In dem rechten hinteren Trigonum cervicale fanden sich grosse Drüsenmassen, kleinere im linken vorderen Trigonum. Der Nasenrachen war mit weichen Massen ausgefüllt, die sich als endotheliales Sarkom erwiesen. Da das Herz schwach war, so wurden die Drüsen auf der rechten Seite unter Localanästhesie entfernt. Am nächsten Tage wurden die Drüsen links entfernt, Laryngotomie gemacht und die Nasenrachengeschwulst mit der Zange entfernt. Pat. wurde nach 6 Tagen entlassen.

ADOLPH BRONNER.

64) **James F. Mc. Caw. Primäres Sarkom des Nasenrachens. (Primary sarcoma of the naso-pharynx.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Der Tumor füllte die ganze rechte Hälfte des Nasenrachenraumes aus und berührte den weichen Gaumen. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom. Tracheotomie; Spaltung des weichen Gaumens; Entfernung der Geschwulst in einer nicht sehr befriedigenden Weise. Recidiv in einigen Wochen; grosse Schmerzen, die durch Adrenalin (1 : 1000) prompt erleichtert werden.

Die Geschwulst wuchs sehr rasch. Unterbindung der Carotis brachte nur für kurze Zeit Besserung

EMIL MAYER.

65) **Goldstein** (Saint Louis). **Retropharyngeale Abscesse. (Abcès rétro-pharyngés.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 3. 18. Januar 1908.*

Bericht über 3 Fälle bei Kindern. In einem Fall musste die Tracheotomie gemacht werden, bevor der Abscess gespalten wurde.

BRINDEL.

66) **Spindler** (Genf). **Einige Beobachtungen über die Pathogenesis des retropharyngealen Abscesses. (Quelques observations sur la pathogenèse de l'abcès retropharyngien.)** *Dissert. Genf 1907.*

Zwei Fälle aus der Züricher Klinik; der eine nach Scharlach, der andere idiopathisch. Beide Exitus.

Der erstere, bei einem $4^1/_2$ jährigem Knaben, zeigt starke Zerstörungen der Tonsillen und des überliegenden Gewebes der Rachenwand, mit Invasion von Leukocyten und dicke Schichten von Mikrokokken in den seitlichen Lymphdrüsen. Der zweite rapid verlaufende Fall bei einem $2^1/_2$ Wochen alten Kinde machte nur geringe Symptome an den Tonsillen, aber Vereiterung der tiefen seitlichen Halsgewebe. Leukocyteninvasion ohne Mikrokokken.

Verf. zieht folgende Schlüsse: Der Retropharyngealabscess wird durch bakterielle Infection verursacht. Die Eintrittspforte waren hier beide Male die Tonsillen. Die Theorie, dass der Retropharyngealabscess von einer retropharyngealen Lymphadenitis ausgeht, hat nicht die allgemeine Gültigkeit, die man ihr beimisst.

JONQUIÈRE.

67) **A. Fallas. Entzündung des Warzenfortsatzes mit retro-pharyngealem Abscess. (Ontsteking van den processus mastoideus met retro-pharyngeale verzwering.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 2066. 1908.*

Ein Fall von vernachlässigter acuter Mittelohrentzündung bei einem 35jähr. Manne. Taubheit, Ohr- und Mastoidschmerzen rechts seit 5 Monaten. Incision hinter dem Ohre vor 5 Wochen und seitdem eine granulirende Fistel daselbst, in welcher die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Seit einigen Tagen Schmerzen in der rechten Halsseite; trockner Hals; die Bewegungen des Halses sind erschwert. Mastoidoperation. Allein das Fieber bleibt und steigt sogar nach einigen Tagen; das Schlucken wird immer schwieriger. Es bildet sich rechts ein retropharyngealer Abscess, der nach unten bis an den Kehldeckel reicht. Incision vom Munde aus. Heilung.

F. verbreitet sich über die Entstehungsweisen der otogenen Retropharyngealabscesse und deren Bakteriologie, erwähnt die einschlägige Literatur und verweist besonders auf Collinet, Thèse de Paris, 1897.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

68) **Gellé. Pharynx, Phonation und Gesang. (Le pharynx, la phonation et le chant.)** *Arch internat. de laryngol. März-April 1907.*

Verf. weist nach, welche Veränderungen im Rachen bei Missbrauch und Ueberanstrengung der Stimme entstehen. Er findet die Erklärung in der Physiologie des Gesanges und der Tonverstärkung in der Mundrachenhöhle.

BRINDEL.

69) **Raynal** (Marseille). **Essentielle Hypertrophie des Zahnfleisches. (Hypertrophie gingivale essentielle.)** *Marseille Médical. 7. October 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle dieser seltenen Affection mit, die durch eine enorme Hyperplasie des Zahnfleisches, ohne Veränderung der Structur gekennzeichnet ist; die Zähne haften in diesem Gewebe. Auf der facialen Fläche ist das Gewebe hart und glatt; auf der lingualen ist es maulbeerartig, wie aus einer Reihe von Polypen bestehend, die einer gegen den andern gedrängt sind und nichts weiter sind, als die hypertrophirten Papillen. Vater und Bruder zeigen in dem einen Fall die

gleiche Affection, während im zweiten ein Neffe des Pat. die Anfänge desselben aufwies. GONTIER de la ROCHE.

70) **Caillou-Come Ferran** (Lyon). **Ueber einen Fall von Schleimhautlupus. (Sur un cas de lupus des muqueuses.)** *Journal des médecins praticiens de Lyon et de la région. 17. Juli 1909.*

Bei einer vor 10 Jahren von einem Lupus der Oberlippe und der Nasenscheidewand geheilten Patientin fand sich zufällig ein das ganze Gaumensegel einnehmender, sehr torpide sich entwickelnder Lupus. GONTIER de la ROCHE.

71) **F. v. Törne** (Lund, Schweden). **Vier Fälle von Zahnfleischtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngol.-Rhinol. Heft 6. 1909.*

Ausführlicher Bericht der 4 Krankengeschichten nebst epikritischen, statistischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Erörterungen. Die Röntgenbehandlung zeitigte beachtenswerthe Erfolge. HECHT.

72) **O. Henop. Ueber Lupus der Mundschleimhaut mit einem casuisischen Beitrag.** *Dissert. München 1909.*

Bei der 37jährigen erblich belasteten Patientin bestanden geringe Lungenveränderungen. Der Lupus war von der Schleimhaut der Lippen ausgegangen und hatte allmählich die übrigen Theile der Mundhöhle ergriffen. Die Röntgenbehandlung wirkte günstig ein, doch entzog sich Patientin der weiteren Behandlung.

Kurze Uebersicht über die diesbezügliche Literatur. OPPIKOFER.

73) **Renon** (Paris). **Oosporose der Mundhöhle. (Oosporose buccale.)** *Société Médicale des hôpitaux. 16. Juli 1909.*

Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Menschen, der über Verschleimung und Brennen im Mund klagte und über reichlichen Speichelfluss. Zunge, Wangen, Gaumensegel sind mit einem sammetartigen Ueberzug versehen, die Papillen tragen an ihrer Spitze ein stecknadelkopfgrosses Körnchen.

Die Culturen ergaben eine Oosporose. GONTIER de la ROCHE.

74) **T. M. Serschun. Ein seltener Fall von primärer Sklerose der Zunge. (Redki slutschai perwitschnoi sclerosnoi jaswy jusika.)** *Wratschebn. Gazeta. No. 24. 1908.*

Bekanntlich occupiren syphilitische Sklerosen die Zungenspitze, im Falle des Verf.'s aber nahm die Initialsklerose die Mitte der Zunge in ihrem mittleren Drittel ein. Die Infection soll durch einen tiefen „Zungenkuss" entstanden sein.

P. HELLAT.

75) **Robert H. Craig. Hyperkeratose der Zunge. (Hyperkeratosis linguae.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Bericht über zwei Fälle. EMIL MAYER.

76) **W. G. Dementjew. Ein Fall von Makroglossie bei einem 5jährigen Mädchen. (Slutschai uwelitschenia jusika [makroglossia] u dewotschki 5 let.)** *Wratschebnaja Gazeta. No. 4 u. 5. 1908.*

Ausführliche Literaturangaben. Die Patientin des Verf.'s war bis zum 3. Lebensjahr vollständig gesund, erkrankte dann plötzlich an Fieber mit Schwellung der Submaxillardrüsen und der Zunge. Mit dem Temperaturabfall wurde die Zunge wieder normal gross, durch wiederholte Insulte aber nahm ihre Grösse allmählich so weit zu, dass sie nicht mehr im Munde Platz fand. Operation. Mikroskopische Diagnose — Lymphangioma. Verf. will die Erkrankung durch Infection entstanden wissen.

GOLDSTEIN-HELLAT.

77) **Alexander Don. Zungenkrebs. (Cancer of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Mai 1909.*

Verf. bespricht die zum Zungenkrebs prädisponirenden Momente und die verschiedenen Operationsmethoden. Die schlechten Operationsresultate liegen zum Theil daran, dass die Fälle schon in einem zu vorgerückten Stadium in Behandlung kamen.

Durch weiteren Ausbau der Technik müsste es gelingen, die Mortalitätsziffer unter 20 pCt. herabzudrücken.

LEFFERTS.

78) **K. Hennecke. Ein Fall von Carcinoma recti et linguae.** *Dissert. Erlangen 1907.*

71 jähriger Patient. Keine Operation. Sectionsresultat: Die beiden Carcinome in Zunge und Rectum sind als selbstständige primäre Carcinome anzusprechen. Die Krebsgeschwulst in der linken Lunge und in der rechten Nebenniere sind Metastasen des Rectumcarcinoms.

OPPIKOFER.

79) **P. Bandet. Ueber die chirurgische Behandlung des Zungenkrebses. (Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer de la langue.)** *Dissert. Toulouse 1908.*

Berücksichtigung der Literatur und Mittheilung einiger Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

80) **Robert B. Greenough, Chaming C. Simmonds, Robert M. Green. Die Ergebnisse von Operationen wegen Carcinom der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers am Massachusetts General Hospital 1890—1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *Boston Medical and Surgical Reporter. 6. Mai 1909.*

Es handelt sich um 172 Fälle, von denen 112 operirt wurden. 50 wurden für inoperabel erklärt und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 innerhalb 60 Tagen. Krebs des Mundbodens und der Zunge hatten 98, von denen 62 operirt wurden. Von den 58, bei denen der Verlauf bekannt ist, lebten 10 noch nach 3 und mehr Jahren. Von 14 Kiefercarcinomen wurden 10 operirt; bei 9 trat der Tod innerhalb der ersten 3 Jahre ein. Carcinom der Mandeln, des weichen Gaumens und Rachens fand sich in 12 Fällen, von denen 8 inoperabel

waren; von den vier Operirten lebte einer noch 7 Jahre nach der Operation. Von den wegen Carcinom der Wange operirten 9 Fällen wurde keiner geheilt.

EMIL MAYER.

81) **S. Tenzer** (Wien). **Ueber Befunde von pulsirenden Gefässen im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1908.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine hochgradig arteriosklerotische 79jährige Frau; man sah bei der Rachen- und Kehlkopfinspection eine fast $^1/_2$ cm dickes, pulsirendes Gefäss hinter dem rechten Arcus palatopharyngeus bis zum Aryknorpel herab.

Der zweite Fall betraf ein Kind mit einem pulsirenden Gefäss hinter einer linken hypertrophischen Tonsille. Diese Gefässe sind entweder die verlagerte Carotis interna oder die A. pharyngea ascendens.

O. CHIARI-HANSZEL.

82) **Kollibay** (Glatz). **Malignes Oedem, anscheinend vom rechten Seitenstrang ausgehend.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 200. 1908.*

Ganz acut verlaufender Fall, der trotz Luftröhrenschnitt an Herzschwäche zum Exitus führte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Histologie der Seitenstränge und Granula bei der Pharyngitis lateralis und granulosa.** (Aus der Königl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 249. 1908.*

Verf. stellt auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen fest, dass Granula und Seitenstränge sowohl in ätiologischer, als auch in pathogenetischer und vor Allem auch in histologischer Beziehung als vollkommene analoge Gebiete aufzufassen sind. Es besteht nur ein gradueller, nicht aber ein principieller Unterschied.

Infolge eines auf die Schleimhaut wirkenden Reizes findet Austritt von Lymphocyten aus dem die Drüsen umspinnenden Capillarnetz statt. Es findet von den Drüsenausführungsgängen auf die Lymphocyten eine positiv chemotaktische Wirkung statt. Die Infiltration des Gewebes der Seitenstränge ist eine der Grösse und Anzahl der Drüsen entsprechend viel stärkere, als bei den Granula. Mehrere Abbildungen illustriren den Text.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

84) **Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Scharlachähnliche Exantheme bei acuter Halsentzündung.** *Med. Klinik. 29. 1909.*

Bei einer 27jährigen Patientin trat ein scharlachähnliches Exanthem an Hals und an den Händen auf im Verlaufe einer acuten pseudomembranösen Rachenentzündung, welche wahrscheinlich durch Pneumokokken bedingt war.

SEIFERT.

85) **H. Menche. Beitrag zu der Lehre vom Erysipel des Pharynx und Larynx.** *Dissert. Göttingen 1908.*

Mittheilung von 10 Fällen von Erysipel des Pharynx, die im pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg zur Section kamen. Die Fälle

stützen von neuem die Anschauung derjenigen Autoren, die eine scharfe Scheidung zwischen Rachenerysipel und Rachenphlegmone nicht machen wollen.

OPPIKOFER.

86) **Menetrier-Mallet. Pneumokokkenangina bei einem 13 Monate alten Kinde. (Pneumonie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de treize mois.)** *Tribune médicale. 4. September 1909.*

Durch den Pneumococcus bedingte Affectionen der oberen Luftwege beim Kinde sind nicht so selten. Jedoch sieht man nicht häufig, dass durch den Pneumococcus nekrotisirende und ulceröse Halsaffectionen hervorgerufen werden.

Das Kind zeigte Allgemeinerscheinungen, die an Diphtherie denken liessen. Man fand eine Ulceration im Cavum. Culturversuche ergaben Reinculturen von Pneumokokken. Der Tod trat infolge Lungencomplicationen ein.

GONTIER de la ROCHE.

87) **Alice G. Bryant. Streptokokkeninfectionen des pharyngealen Adenoidgewebes bei Erwachsenen. (Streptococcic infections of the pharyngeal adenoid tissue in adults.)** *Journal American Medical Association. 13. Juni 1908.*

Verf. bespricht die localen und allgemeinen Erscheinungen bei Streptokokkeninfectionen des Pharynx.

EMIL MAYER.

88) **A. Moy. Ueber die seitlichen Pharynxabscesse beim Kinde. (Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1907.*

Während die Retropharyngealabscesse bei noch nicht 1jähr. Kindern nach M. häufig sind, finden sich die seitlichen Pharynxabscesse nie bei Kindern unter 1 Jahr. Die seitlichen Pharynxabscesse entwickeln sich secundär im Anschluss an eine Entzündung in der Mund-, Rachen-, Nasenhöhle oder an eine Entzündung im Mittelohr.

Während peritonsilläre Abscesse, die ebenfalls in die Gruppe der seitlichen Abscesse gehören, vom Munde her mit dem Galvanokauter zu eröffnen sind, sollen die eigentlichen seitlichen Pharynxabscesse fast ausnahmslos nur von aussen her freigelegt werden; dabei ist es vorzuziehen, hinter und nicht vor dem Musculus sternocleidomastoideus einzugehen.

OPPIKOFER.

89) **H. Zwillinger** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der Hypopharyngoskopie.** *Gyógyászat. No. 7. 1909.*

Wesen und Anwendung der geistreichen Methode v. Eicken's, sowie Verf.'s Erfahrungen, welche er in Bezug auf die Diagnostik der verschiedenen Krankheiten des Hypopharynx und Entfernung von Fremdkörpern in mehreren Fällen gesammelt hat, werden hier ausführlich verhandelt. Die Bedeutung der Methode wird durch die Killian'sche Arbeit über den Mund der Speiseröhre noch mehr gehoben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

d. Diphtherie und Croup.

90) **K. A. Rombach** (Rotterdam). **Serumbehandlung, Intubage und Pyocyanase bei Diphtherie. (Serumbehandeling, intubage en pyocyanase bij diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 31. Juli 1909.*

Statistische Bearbeitung der vom 1. Oct. 1906—1908 im städtischen Krankenhaus zu Rotterdam behandelten Diphtheriefälle. 511 Fälle mit 46 Todesfällen = 9 pCt. Intubirt wurden 69 Kinder mit einer Mortalität von 16 = 28 pCt. Tracheotomie 11 mal mit 5 Todesfällen = 45 pCt. Es starben 19 Kinder an toxischer Diphtherie. Der günstige Erfolg der Serumeinspritzung war im Allgemeinen ein sehr auffälliger. Nur die sogenannten toxischen Fälle reagirten auf Serum wenig oder gar nicht. Ende 1907 begann R. diese Fälle mit Pyocyanase zu behandeln. (Spray in Hals und Nase bis 4 oder 6 mal pro Tag; das überflüssige Quantum soll ausgespien werden.) Keine unangenehme Nebenwirkungen; bloss einzelne Male am 2. oder 4. Behandlungstag ein geringes papulöses Exanthem. Die Resultate waren sehr zufriedenstellende. Vor der Anwendung der Pyocyanase starben von 16 toxisch aufgenommenen Patienten 11. Seit der Anwendung starben 4 mit Pyocyanase behandelte und 4 nicht behandelte, während 11 behandelte Kinder geheilt sind.

R. empfiehlt wärmstens weitere Versuche mit Pyocyanase bei der toxischen Diphtherie.

H. BURGER.

91) **T. E. Seay. Die Behandlung der Diphtherie nebst besonderer Berücksichtigung von Tracheotomie und Intubation. (The treatment of diphtheria with special reference to intubation and Tracheotomy.)** *The Alabama Medical Journal. März 1909.*

In extremen Fällen von Diphtherie sollte sobald als möglich die Tracheotomie gemacht werden, anstatt dass man mit der Intubation Versuche macht und eventuell die Membranen in die Trachea hinabstösst. Verf. betrachtet die Intubation als eine Operation der Wahl, die Tracheotomie als Operation der vitalen Indication. Die Tracheotomie ist indicirt: 1. bei Kindern unter 2 Monaten, 2. bei Kindern mit grossen Tonsillen oder Oedem der Epiglottis oder deren Umgebung, 3. wenn die Diphtherie durch Bronchitis und Pneumonie complicirt ist, 4. bei descendirendem Croup, 5. bei Granulationen der Trachea, 6. in Fällen, die erst spät in Behandlung kommen und bei denen der Exitus droht, 7. wenn die Tube wiederholt ausgehustet wird und Dyspnoe wiederkehrt.

EMIL MAYER.

92) **W. Kluge. Beitrag zu den Störungen der Herzthätigkeit nach Diphtherie.** *Dissert. Halle 1908.*

K. hat bei 320 Diphtheriefällen die klinischen Erscheinungen am Circulationsapparat sorgfältig studirt. 16 dieser Fälle endeten unter deutlichen Herzstörungen mit Exitus. Die Section zeigte bei allen das typische Bild der diphtherischen Myocarditis. Verf. kommt wie von Leyden zu dem Schlusse, dass die klinischen Erscheinungen der diphtheritischen Herzcomplicationen die thatsächliche Schwere der Herzerkrankung meist nicht vermuthen lassen.

OPPIKOFER.

93) **Veillon** und **M. Brelet** (Paris). **Ein Fall von Croup beim Erwachsenen. Tracheotomie. Heilung. (Un cas de croup chez l'adulte. Trachéotomie. Guérison.)** *Archives générales de médecine. März 1909.*

Es handelte sich um einen 20jährigen Menschen, bei dem der in diesem Alter seltene Fall auftrat, dass die croupösen Symptome von einer solchen Heftigkeit waren, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **A. Stefanini** (Lucca). **Die neuen Studien über die Vocale. (I recenti studi sulle vocali.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1. September 1009.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die neuesten Studien über Stimmbildung mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Scripture (New-York) in Laryngoskope (Vol. XVIII. 1908) und von Devaux Charbonnel (La lumière électrique. 1908. III. No. 37). Die Mittheilung scheint ein Vorläufer zu sein für eine Publication über vom Verf. zusammen mit Grazzi auf diesem Gebiete angestellte Untersuchungen.

FINDER.

95) **Gleitsmann. Die Pharynxstimme. (De la voix pharyngée.)** *Arch. Intern. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Sprechmöglichkeit nach Totalexstirpation des Larynx. Der Gegenstand ist durch die Bemühungen Gutzmann's um die Operirten Glucks und die mannigfaltigen Productionen dieser Kranken allgemein bekannt.

LAUTMANN.

96) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache.** *Med. Klinik. 20. 1909.*

Betonung der Wichtigkeit von mechanischen Athemübungen und Vibrationstherapie des Kehlkopfes.

SEIFERT.

97) **E. H. Scripture. Sprachfehler und Stimmpflege. (Speech defecte and voice culture.)** *Vermont Medical Monthly. 15. Juli 1909.*

Unter den Methoden zur Heilung des Stotterns erkennt Verf. als die einzig berechtigte die an, dass dem Patienten gelehrt wird, „melodisch" zu sprechen. Verf. bespricht auch das Wesen des Stammelns und Lispelns und schliesslich den Charakter des „American Voice".

EMIL MAYER.

98) **Giovanni Vitalba. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Fracturen der Kehlkopfknorpel. (Ricerche sperimentali e cliniche sopra le fratture delle cartilagini laringee.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica delle R. Università di Roma. 1908.*

Verf. bespricht das klinische Bild der Larynxfracturen an der Hand der sehr sorgfältig zusammengestellten und 163 Fälle umfassenden Literatur. Ueber den Mechanismus des Zustandekommens der Fracturen hat er selbst am Cadaver und an Hunden experimentelle Studien gemacht, aus deren Ergebnissen nur hervorgehoben sei, dass am häufigsten das Zungenbein (36 pCt.) und die Schildknorpel-

platten (36 pCt.), danach die Schildknorpelhörner (30 pCt.) betroffen wurden, dann folgt der seitliche Theil des Ringknorpels (23,3 pCt.), der vordere Theil desselben (13,3 pCt.), während der hintere Theil des Ringknorpels und die Aryknorpel niemals verletzt wurden.

FINDER.

99) **G. Dupond. Der Kehlkopf und die Arbeitsunfälle. (Le larynx et les accidents du travail.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 17. April 1908.*

Verf. bespricht die Verletzungen des Kehlkopfs (Contusionen, Wunden, Fracturen, Verbrennungen), die als Folgen eines Unfalles bei der Arbeit eintreten können, und die Maassnahmen, die der zu einem solchen Unfallverletzten gerufene Arzt zu treffen hat.

BRINDEL.

100) **Morestin** (Paris). **Verletzung des Kehlkopfs. (Blessure du larynx.)** *Société anatomique. 21. Mai 1909.*

Demonstration eines Kehlkopfs von einem Greise, der in seniler Demenz mit einem Rasirmesser sich tiefe Wunden in der Kehlkopfregion beibrachte; der Larynx selbst blieb unverletzt. Er war vollkommen verknöchert.

GONTIER de la ROCHE.

101) **F. Börnstein** (Königsberg i. Pr.). **Ueber traumatische Arytaenoidknorpelaffectionen. Kurze Mittheilung über Larynxdurchleuchtung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 39. 1908.*

Verf. widerlegt die bisher geltende Meinung, dass Aryknorpelluxationen nur im Gefolge schwerer Kehlkopffracturen auftreten. Luxationen sind auch ohne Fracturen beobachtet. — Die Disposition zu Fractur oder Luxation besteht wahrscheinlich je nach der histologischen Beschaffenheit der Knorpelsubstanz. Eine Frühdiagnose der Knorpelverletzungen ist bei frischen Unfällen bisweilen durch Röntgenuntersuchung zu stellen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Kessel** (Stuttgart). **Contusion des Kehlkopfes (Luxation des linken Aryknorpels?).** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 41. 1909.*

Einem Erdarbeiter stiess der Stiel eines Stempels (zum Feststampfen von Beton) gegen den Hals und das Kinn. Etwa 3 Monate nach dem Unfall Heiserkeit und geringe Schmerzen beim Schlucken. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich submucöser Bluterguss am Zungengrund und des Larynxeinganges, linkerseits noch das Taschenband umfassend. Ausserdem Ueberkreuzung der Aryknorpel, die auch nach Resorption der Blutergüsse fortbestand, so dass eine, wenn auch nicht vollständige Luxatio articulationis cricoarytaenoideae auf der linken Seite angenommen werden konnte.

SEIFERT.

103) **C. Poli** (Genua). **Functionsstörungen des Kehlkopfs bei Halswunden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 207. 1907.*

Die Krankengeschichte eines Falles von Vagusverletzung (Tentamen suicidii) oberhalb der Austrittsstelle des Nervus laryngeus superior soll die Thatsache der Unversehrtheit der Sensibilität in solchen Fällen erhärten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Vernarbung von Hautwunden des Kehlkopfs und der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 73. 1908.*

Aus allen bisher untersuchten Fällen (Paget, Binder und Verf.), geht die Thatsache hervor, dass beim erwachsenen Menschen angelegte Tracheal- resp. Larynxwunden ganz oder doch grösstentheils durch neugebildetes fibröses Gewebe gedeckt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **G. Prota. Ueber zwei Fälle von traumatischer Kehlkopflähmung durch Halswunden. (Su due casi di laringoplegia traumatica per ferite al collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Im ersten Fall (tiefe Schnittwunde links am Halse) bestand neben linksseitiger Recurrenslähmung Parese des Sternocleidomastoideus und des Trapezius. Verf. erklärt dies so, dass der N. spinalis an einem Punkte zwischen den bulbären Wurzeln und seiner Theilung in einen äusseren und inneren Zweig getroffen worden sei. Die Sensibilität des Larynx war erhalten, was für die Ansicht spricht, dass der N. spinalis dem Recurrens nur motorische Fasern liefert. Gegen eine Verletzung des Vagus spricht das Fehlen aller auf eine solche deutenden Symptome.

Im zweiten Fall (Schnittwunde am Halse in der linken Regio carotidea) constatirte man ein Jahr nach dem Trauma Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Verf. nimmt eine Verletzung im Stamm des linken Recurrens an. Wendet der Pat. den Kopf nach rechts oder drückt man auf die Narbe, so tritt Husten (Vagusreizung) auf. Es besteht Anästhesie des Vestibulum laryngis, was Verf. im Sinne Massei's deutet.

FINDER.

106) **Bassères. Fractur des Kehlkopfes mit partiellem — unmittelbarem und nachträglichem — Versagen des Athmungs- und bulbären Herzcentrums. (Fracture du larynx avec inhibition partielle — immédiate et retardée — des centres respiratoire et cardiaque bulbaire.)** *Arch. Intern. de laryngol. November-December 1906.*

Die Erscheinungen bestanden im Anfang in: Verlust des Bewusstseins, Dyspnoe, absolute Aphonie; Schluckbeschwerden; lebhafter Schmerz im Niveau des Schildknorpels. Am 3. Tage wird die Athmung bulbär, der Puls sinkt auf 40—44 Schläge. Heilung ohne Zwischenfall. Der Verletzte war ein nervöses Individuum.

BRINDEL.

107) **Th. Em. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Ein verbessertes Modell meines Hinterwandspiegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 172. 1909.*

Verf. giebt eine Abbildung seines Spiegels, dessen Besonderheit darin besteht, dass der verticale Stieltheil mit einer frontal gestellten, in der Fläche etwas gebogenen Metallplatte versehen ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

108) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Laryngoscopie directe.)** *Revue hebdom. No. 33. 1909.*

Die directe Untersuchung des Kehlkopfes ist durch das Instrument von Johnston sehr erleichtert worden und eignet sich ganz besonders bei der Untersuchung

von Kindern. Beschreibung der Untersuchungsmethode und Mittheilung von 10 Fällen. Der Autor operirt den Kehlkopf überhaupt nur noch nach der directen Methode und nicht mehr mit dem Kehlkopfspiegel. Der Autor ist überzeugt, dass der Kehlkopfspiegel bald ausgelebt haben wird. (!) LAUTMANN.

109) **Herbert Tilley. Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mit dem Brünings'schen Instrument nebst Bericht von Fällen. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brüning's Instrument with cases.)** *Lancet. 7. November 1908.*

Ein illustrirter Artikel, in dem das Brünings'sche Instrumentarium und seine Handhabung beschrieben und zahlreiche Fälle seiner Anwendung mitgetheilt werden. ADOLPH BRONNER.

110) **Erbrich. Ueber die Tracheo-Bronchoskopie und den klinischen Werth dieser Methode. (O tracheo-bronchoskopie sraz o klinicz nem maxemin tej metody.)** *Warschauer med. Gesellschaft. 1908.*

Verf. hielt einen Vortrag in der Warschauer medicinischen Gesellschaft, in welchem er die Fortschritte, die Anwendung und den klinischen Werth der Bronchoskopie hervorhob. Hierbei demonstrirte er zwei Kranke, bei welchen er die Bronchoskopie ausgeführt hatte. Nachdem referirte Verf. über zwei Fälle, in welchen er mittelst Bronchoskopie Fremdkörper aus den Bronchien extrahirt hatte.

In einem Falle wurde eine Stecknadel von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb 7 Monate in den Luftwegen. Nachdem eine immer mehr zunehmende Athemnoth sich einstellte, wurde das Kind zu einem Chirurgen geschickt, der nach Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen den Fremdkörper in der Trachea entdeckte und die Tracheotomie ausführte. Man glaubte, durch die Tracheotomie würde der Fremdkörper mittelst Zange herauszubefördern sein. Dieses Verfahren genügte nicht zur Extraction des Fremdkörpers. Nach wiederholter Durchleuchtung wurde die Stecknadel im linken Bronchus entdeckt. Nun wurde die Bronchoscopia inferior ausgeführt und die Stecknadel herausgezogen.

Im zweiten Falle wurde eine Papierzwecke von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb einen Monat in den Luftwegen liegen. Die Röntgendurchleuchtung ergab: Der Fremdkörper befand sich in der linken Seite des Brustkorbes in der Gegend der 6. Rippe und war die ganze linke Lunge infiltrirt. Da grosse Athemnoth und starkes Fieber vorhanden war, musste die Tracheotomie ausgeführt werden und zugleich wurde mittelst Bronchoscopia inferior der Fremdkörper aus dem linken Bronchus zweiter Ordnung herausgezogen.

Ausserdem findet die Tracheo-Bronchoskopie ziemlich oft Anwendung bei Stenosen skleromatischen Ursprungs. Einen solchen Fall beschreibt Verf., wo grosse skleromatische Wucherungen im unteren Theil der Trachea, das ganze Lumen verstopfend, mittelst scharfen Löffels durch das Tracheoskop entfernt wurden. A. v. SOKOLOWSKI.

111) **Ferruccio Bindi. Thyreotomie wegen grossen Fremdkörpers im Kehlkopf. (Tirotomia per corpo ostraneo voluminoso della laringe.)** *Gazz. degli Ospedali. No. 7. 1909.*

Knochenstück, das bei einem 12jährigen Knaben seit 21 Tagen im Larynx

steckte. Der Knochen hatte ungefähr die Gestalt eines Vierecks, dessen grössere Seite 18 mm maass. Die Operation wurde in Chloroformnarkose nach vorheriger Tracheotomie gemacht. Heilung. FINDER.

112) **Flotats-Domenech** (Barcelona). **Fremdkörper auf der Hinterfläche des rechten Aryknorpels. (Cuerpo estrano en la cava posterior del aritenoides derecho.)** *Revista Barcelonesa de garganta nariz y oidos. No. 14. 1908.*

Nach Extraction des Fremdkörpers bestanden noch eine Zeit lang Beschwerden, die mittelst Brom und Suggestion erfolgreich bekämpft wurden. TAPIA.

113) **Marc. Paunz** und **M. A. Winternitz. Beiträge zur directen Tracheo-Bronchoskopie.** (Mittheilung aus dem Stefanie-Kinderhospital in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 291. 1908.*

Veröffentlichung von 12 Fällen aspirirter Fremdkörper; in 11 Fällen handelte es sich um Kinder bis zu 6 Jahren; 3 waren noch im Säuglingsalter. In 11 Fällen handelte es sich um organische, zumeist quellende und sich zersetzende Fremdkörper, in einem Falle um einen unorganischen Metallkörper, und zwar war meist multiple Aspiration vom Fremdkörpern vorhanden. Unter 12 Fällen wurden 7 geheilt = 58,3 pCt. Es konnte 9mal durch die Tracheo-Bronchoskopie das Vorhandensein eines Fremdkörpers oder der Durchbruch der Peribronchialdrüsen zweifellos festgestellt werden; unter diesen Fällen gelang die Extraction 7mal.

Die Untersuchung wurde mit dem Killian'schen Instrumentarium erster Ausgabe — bei den kleinen Kindern immer zur Tracheotomie vorbereitet — in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

114) **Kalinowski. Ein eigenthümlicher Fremdkörper in der Trachea. (Obce cdals w tchawdey.)** *Gazeta Lekarska. No. 20.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem ein 12jähriger Knabe eine hölzerne, 5 cm lange Pfeife (Kinderspielzeug) aspirirte. Bei der Aspiration konnte man sehr deutlich die Töne der in der Trachea liegenden Pfeife hören. Nach 2 Tagen, da kein tracheo-bronchoskopisches Instrumentarium vorhanden war, wurde nach Ausführung der Tracheotomie unter Leitung eines Rohres bei Beleuchtung mit gewöhnlichem Stirnreflector der in der Trachea liegende Fremdkörper vom Verf. mit Hülfe eines Häkchens entfernt. A. v. SOKOLOWSKI.

115) **Walter Lathrop. Fremdkörper in Trachea und Magen. (Foreign bodies in trachea and stomach.)** *N. Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Fall I. Münze durch Tracheotomie entfernt.

Fall II. Tischmesser, 25 cm lang, wurde verschluckt; Laparotomie; 24 Stunden lang ging alles gut, dann Exitus unter Erscheinungen von Magendilatation und Erstickung. LEFFERTS.

116) **L. Baudry. Die Fremdkörper in der Trachea und in den Bronchien; ihre Behandlung durch die Tracheo-Bronchoskopie. (Corps étrangers de la Trachée et des Bronches.)** *Dissert. Nancy 1908.*

Vorerst zählt B. alle die Fremdkörper auf, welche in die oberen Luftwege gerathen können und bespricht dann die durch die Fremdkörper bedingten Sym-

ptome. Nach eingehender Berücksichtigung der früheren unzuverlässigen Behandlungsmethoden — zahlreiche Beispiele aus der Literatur werden angeführt — empfiehlt Verf. die Tracheo-Bronchoskopie, OPPIKOFER.

117) **Iwanow. Fall von Fremdkörper in der Trachea. (Slutschai inorodnawo tela trachei.)** *Jeshemesjatschnik. No. 4. 1908.*

Patient war vor 2 Jahren tracheotomirt worden und trug seit der Zeit die Canüle. Seine Athembeschwerden wurden trotzdem immer empfindlicher.

Bronchoskopische Untersuchung ergab eine Verengerung am unteren Ende der Trachea.

Tod nach einigen Tagen an Erstickung. Bei der Section wurde in der Trachea eine Gummiröhre gefunden, um welche herum die Trachealwände so verdickt waren, dass sie 1 cm erreichten. P. HELLAT.

118) **Zondek** (Berlin). **I. Beitrag zur Lehre von den Trachealtumoren. II. Ein Tumor der Glandula carotica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. 1908.*

I. Bei einer 28jährigen Frau bestand inspiratorischer Stridor, leichte Cyanose; Stimme rein. Laryngoskopisch: Unterhalb der normalen Stimmbänder an der rechten vorderen Trachealwand ein höckriger Tumor, der weit ins Lumen hineinragt. Starke Bronchitis, Temperatur 39,4°.

Operation: Tracheotomie unterhalb der Geschwulst; nach Durchschneiden des Ringknorpels wird eine wallnussgrosse, blassrothe, gefurchte Geschwulst sichtbar, die mit zehnpfennigstückgrosser Basis der rechten vorderen Trachealwand aufsitzt. Entfernung mit scharfem Löffel. Heilung,

Nach $^1/_4$ Jahr Recidiv: bohnengrosser gestielter Tumor, mit Tracheocricotomie entfernt. Heilung.

Nach 4 Jahren (laut erhaltenem Bericht) bei Operation eines abermaligen Recidivs Exitus in der Narkose.

Trotz der Recidive steht die Gutartigkeit dieses Tumors fest.

Mikroskopisch: Papillom mit vorwiegender Betheiligung des Epithels.

Eine fortgesetzte Beobachtung ist aber bei der Neigung zu Recidiven sehr nothwendig.

II. Bei einem 63jährigen Manne wurde eine straussen eigrosse Geschwulst an der rechten Halsseite in Kehlkopfhöhe seit 3 Jahren beobachtet, die die Carotis communis an ihrer Theilungstelle in die Carotis externa und interna umgreift. Auf einem Durchschnitt des entfernten Tumors sieht man diese von Tumormassen eingeschlossenen Blutgefässe. Nach seinem histologischen Verhalten muss der Tumor aus der Glandula carotica entstanden sein. Beschwerden hatte die Geschwulst kaum verursacht. ALBANUS (ZARNIKO).

119) **Marfan. Neue Form der Trachealverengerung infolge Hypertrophie der Thymus. (Nouvelle forme de rétrécissement de la trachée par hypertrophie du thymus.)** *Acad. de méd. Paris. 6. April 1909.*

Ein 12jähriger Knabe kam mit sehr schwerer Rachendiphtherie und Erscheinungen von Croup des Larynx und der Trachea in das Hospital. Er wurde mit hohen Serumdosen behandelt. Der Zustand war so schwer, dass man von der

Vornahme der Intubation oder Tracheotomie Abstand nahm. Es trat plötzlicher Tod ein.

Bei der Autopsie fand man im Kehlkopf und Trachea keine Croupmembranen, dagegen eine enorme Thymus, die die Trachea vollkommen comprimirte. In der Drüse fand sich neben einer alten Hypertrophie eine frische sehr heftige Congestion. Verf. meint, dass letztere durch die diphtherische Intoxication bedingt worden sei.

A. CARTAZ.

120) **Luksch** (Graz). **Durchbruch tuberculöser Lymphdrüsen in die Trachea.** (Verein der Aerzte in Steiermark 11. October 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

Demonstration eines Falles. In der Discussion über dieses Thema bemerkt v. Hacker, dass tuberculöse Drüsen in seltenen Fällen auch zur Verengerung des Oesophagus führen können.

HANSZEL.

121) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Technik, Nutzen und Gefahren derselben. (Bronchoscopy and esophagoscopy. The tecnic, utility and dangers.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Asepsis bei dem Verfahren; aus diesem Grunde sollte auch die Bronchoscopia inferior lieber unmittelbar nach Eröffnung der Trachea gemacht werden, als einige Tage später, da in letzterem Fall mehr Gefahr besteht, aus der eiternden Trachealwunde Infectionserreger in die Lunge zu bringen. Verf. beschreibt dann die Technik der Bronchoskopie und die eventuell dabei vorhandenen Schwierigkeiten, sodann die Indicationen, wobei er sagt, dass zum Zweck der einfachen Diagnose diese Methode nicht angewendet werden sollte, es sei denn, dass durch die gewöhnliche Laryngoskopie und die gebräuchlichen physikalischen Methoden keine Diagnose gestellt werden kann.

Ebenso beschreibt er die Anwendungsweise, die Indicationen und den Nutzen der Oesophagoskopie.

Unangenehme Erscheinungen nach der Bronchoskopie sind meist durch mechanische Reizung durch das Instrument veranlasst. Diese mechanische Reizung kommt zum grossen Theil dadurch zu Stande, dass die Bronchien bei jeder Athmungsbewegung Excursionen nach oben und unten von circa 1 cm machen; aber auch die blosse Anwesenheit des Bronchoskops ist ein Moment zur mechanischen Reizung.

Um die Gefahren zu vermeiden, muss der Eingriff so kurz wie möglich gemacht werden; es muss das dünnste Instrument gewählt werden, das genügende Erleuchtung und Einführung geeigneter Instrumente gestattet.

EMIL MAYER.

122) **F. Munch. Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Revue hebdom. No. 37. 1909.*

Beschreibung des vom Autor construirten Bronchooesophagoskopes mit distaler Beleuchtung.

LAUTMANN.

123) **Schneider. Einige Worte über Bronchoskopie. (Neskolko slow o bronchoskopii.)** *Russ. Wratsch. No. 29. p. 984. 1908.*

Mittheilung einer Fremdkörperextraction vermittelst Bronchoskops.

P. HELLAT.

124) **Guisez. Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Affectionen mittelst Broncho-Oesophagoskopie. (Diagnosis and treatment by Bronchoesophagoscopy of some intrathoracic affections.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. bespricht die Compression der Trachea durch Kropf oder durch Tracheobronchialdrüsen, die Anwesenheit von Trachealklappen, intratracheale Tumoren etc., ferner Dilatation und Narbenstenose des Oesophagus, Fremdkörper und die Behandlung aller dieser Affectionen.

LEFFERTS.

125) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus; Extraction mittels oberer Bronchoskopie. (Un caso de cuerpo extrano alogado en el bronquio derecho; extraccion per broncoscepia superior.)** *Revista Clinica de Madrid. Mai 1909.*

5jähriges Kind, das eine Piniennuss aspirirt hatte; Extraction in Chloroformnarkose.

TAPIA.

126) **Beltran** (Madrid). **Fremdkörper im rechten Bronchus; Tracheotomie; Heilung. (Cuerpo extrano del bronquio derecho; traqueotomia; curacion.)** *Boletin de laringologia. September-October 1908.*

Der Fremdkörper war ein Stück von einem Tannenzapfen.

TAPIA.

127) **E Schmiegelow. Ein Fall veu Corpus alienum pulmonis durch Bronchoskopie entfernt. (Et Tilfelde af corpus alienum pulmonis, fiernet ved Bronchoskopi.)** *Medicinsk Selskabs. 9. März Hospitalstidende. No. 36. 1909.*

In Chloroformnarkose wurde ein Stück Kohl aus linkem Bronchus — $3^1/_2$ cm von der Bifurcation — entfernt durch Bronchoscopia superior. Patient war zwei Jahre alt. Heilung.

L. MAHLER.

128) **M. Sloog. Ueber die Fremdkörper der Bronchien und ihre Behandlung. (Contribution à l'étude des corps étrangers des bronches et de leur traitement.)** *Dissert. Paris 1908.*

Nicht vollständige Zusammenstellung von 75 Fremdkörperfällen, bei denen die Bronchoskopie ausgeführt wurde; einige Fälle sind noch nicht anderwärts veröffentlicht.

OPPIKOFER.

129) **Botella** (Madrid). **Fremdkörper im linken Bronchus durch Bronchoskopie entfernt. (Cuerpo extrano del bronquio zquierdo extraido por broncoscopia.)** *Revista Clinica de Madrid. April 1908.*

Ein 11 jähriges Kind, bei dem eine aspirirte Pfeife erst in der dritten Sitzung im linken Bronchus gefunden wurde. Extraction.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

130) **Ferrer** (Algier). **Hydatidencyste der Schilddrüse. (Kyste hydatique du corps thyroide.)** *Presse médicale. No. 73. October 1909.*

Der Tumor, der bei einem 30jährigen Mann zur Beobachtung kam, hatte sich im Laufe von 16 Jahren entwickelt. Man konnte nur constatiren, dass es sich um einen cystischen Tumor handelte; die Natur desselben konnte jedoch erst nach Excision des Cystensackes festgestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

131) **P. Schäfer. Der Plattenepithelkrebs der Glandula thyreoidea.** *Dissert. München 1907.*

Verf. fand in der Literatur 9 Fälle von Plattenepithelkrebs der Schilddrüse. Er theilt diese Beobachtungen mit und fügt aus dem pathol. Institut München (Prof. Bollinger) einen weiteren Fall bei, mit genauer mikroskopischer Untersuchung. 2 farbige Abbildungen. OPPIKOFER.

132) **J. Lankhout** (Haag). **Ueber histologische Veränderungen der Schilddrüse beim Myxödem. (Over histologische veranderingen in de Schildklier bij myxoedeem.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1199. 1909.*

Ausführliche, zu einem Referat ungeeignete Beschreibung zweier Fälle.

H. BURGER.

133) **M. Leitritz. Ueber Erstickungstod bei Kropf.** *Dissert. München 1908.*

Bei dem 19jährigen Mädchen, bei dem eine Colloidstruma mit starker Trachealstenose bestand, trat der Erstickungstod im Anschluss an eine starke Anstrengung ein.

Die Luftröhre war nicht erweicht, das Herz gesund und die Recurrentes normal. OPPIKOFER.

134) **Schloffer** (Innsbruck). **Ueber Kropfoperationen. Bericht über 450 Fälle.** *Med. Klinik. 38. 1909.*

Von 427 Strumectomien bei benignen Kröpfen fallen auf Morbus Basedow 20, auf Strumitis 10, in 11 Fällen handelte es sich um malignen Kropf. Einmal musste bei einer luetischen Larynxstenose erst eine umfangreiche Struma exstirpirt werden, bevor die Tracheotomie gemacht werden konnte; ein anderes Mal musste, da ein strumitischer Knoten in die Trachea durchgebrochen war, nach der Entfernung dieses Knotens an der Durchbruchsstelle eine Kanüle in die Trachea geführt werden, weil sich die Trachea nicht entfalten wollte. Recurrenslähmung wurde nur in 3 Fällen vor der Operation zweifellos festgestellt; postoperative Reccurensstörungen wurden im Ganzen 12mal beobachtet. SEIFERT.

g. Oesophagus.

135) **A. M. Sabludowski. Zur Technik und Klinik der Oesophagoskopie. (K technike i klinike esophagoscopii.)** (Aus der chirurg. Abtheilung des jüdischen Krankenhauses in Odessa.) *Chirurgia. No. 134. Februar 1908.*

Verf. hat 25 Fälle untersucht. Bei Kindern wurde stets die Chloroform-

narkose angewandt, bei Erwachsenen nur, wenn es sich um Aufsuchen von Fremdkörpern handelte, sonst die locale Anästhesie mit 5 proc. Cocain. Das Oesophagoskop von Mikulicz wird dem Kölliker'schen Instrument vorgezogen. Bei Erkrankungen der Speiseröhre ist die Oesophagoskopie sowohl zur Diagnose als zur Therapie nothwendig. GOLDSTEIN-HELLAT.

136) **Heermann** (Essen-Ruhr). **Ueber Oesephagoskopie und Broncheskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Vortrag über die mannigfache erfolgreiche Verwerthung obiger Methoden und Bericht über zahlreiche, vom Autor casuistisch vorgenommene Fremdkörper-Extractionen. Hinweis auf die Bedeutung der Broncho- und Oesophagoskopie in diagnostischer und differentialdiagnostischer Hinsicht und Schilderung der Vorzüge des neuen Brünings'schen Bronchoskopes gegenüber dem bisher gebräuchlichen nach Killian. HECHT.

137) **Sargnon. Retrograde Oesophagoskopie; Oesophagoskopie nach Oesophagotomie bei impermeablen Oesophagusstricturen. (Oesophagescepie rétrograde; eosophagescopie après oesopha gestomie cervicale basse dans la cure des stenoses cicatricielles theraciques intranchissables.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Mittheilung von 2 Fällen von schwerer Oesophagusstrictur, die geheilt wurden nach Anlegung einer künstlichen Oesophagusfistel und retrograder Dilatation unter Leitung des Oesophagoskopes. Die directe Oesophagoskopie führte nicht zum Ziele und machte wiederholt Lungencomplicationen. Im zweiten Fall wurde auch Gastrotomie gemacht. Diese untere Oesophagoskopie wird natürlich nur eine Ausnahmeoperation bilden, bei Kindern aber doch ebenso wie die untere Bronchoskopie ihre Indicationen finden. LAUTMANN.

138) **Richard H. Johnston. Die moderne Behandlung von Oesephagusstricturen. (The modern treatment of esofageal stricture.)** *The Lancet. Clinic 3. Juli 1909.*

Verf. beschreibt die Methode, die darin besteht, dass Bougies mit olivenförmigem Ende unter Leitung des Auges im Oesophagoskop durch die verengte Stelle hindurchgeführt werden. EMIL MAYER.

139) **Botey** (Barcelona). **Thiosinamin bei Narbenstenosen des Oesophagus. (La thiosinamina en las estenosis cicatriciales del esófago.)** *Archivos de rinologia. No. 139—141.*

Verf. hat insofern befriedigende Erfolge gesehen, als durch die Thiosinamininjectionen die Stenosen erweicht und die mechanische Dilatation erleichtert wurde. Er citirt zur Illustration einige Fälle. TAPIA.

140) **A. Hoffmann. Zur Kenntniss der spindelförmigen Dilatationen der Speiseröhre.** *Dissert. München 1907.*

In dem Falle, den H. beschreibt, war die Diagnose auf Cardiacarcinom gestellt worden. Bei der Section zeigte sich aber eine spindelförmige Dilatation des Oesophagus ohne Stenose. Die grösste Weite der aufgeschnittenen Speiseröhre

betrug 14 cm, während die Weite auf der Höhe des Ringknorpels 3,6 cm und an der Cardia 2,8 cm betrug.

OPPIKOFER.

141) **v. Bergmann** (Berlin). **Ein Fall von Dilatatio oesophagi idiopathica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. S. 330. 1908.*

Bei einer 32jährigen Kranken trat nach halbjährigem Bestehen von öfterem Druckgefühl hinter dem Sternum ein immer häufiger werdendes Regurgitiren der Speisen auf. Das Röntgenbild zeigte bei Wismuthfüllung eine cylindrische Erweiterung des Oesophagus ohne Divertikel. Zu Zeiten war die Cardia gut durchgängig. Der Fall deutet auf eine Vagusschädigung mit Atonie des Oesophagus und Spasmus der Cardia.

ALBANUS (ZARNIKO).

142) **Albu** (Berlin). **Fall von hochgradiger Oesophagusdilatation.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 1109. 1908.*

Die durch Cardiospasmus hervorgerufene Oesophagusdilatation umfasste den colossalen Inhalt von 400 ccm.

Mit einem Apparat von Geissler — über dem conischen, stumpfen Ende eines dicken Magenschlauches ist ein cylinderförmiger, mit Wasser aufblähbarer Gummiballon von etwa 10 cm Länge angebracht — wurden Dehnungen der Cardia mit günstigem Erfolg ausgeführt.

ALBANUS (ZARNIKO).

143) **Neuhaus** (Berlin). **Fremdkörper im Oesophagus und Magen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. S. 470. 1908.*

Vorstellung einer Patientin, die ein Gebiss verschluckt hatte — eine Prothese mit 2 Zähnen. Das Gebiss hatte sich im unteren Theil des Oesophagus so fest eingeklemmt, dass es nicht von der operativ angelegten Magenwunde aus, also retrograd, entfernt werden konnte; es musste auch noch die Oesophagotomia cervicalis externa angeschlossen werden, durch deren Oeffnung erst eine Zange das Gebiss zerquetschen konnte. Die einzelnen Theile wurden nun mit einer Zange, unter Nachhülfe von der Magenöffnung aus, durch die Oesophaguswunde entfernt. Die Oesophagoskopie hätte, wie auch in der Discussion Hildebrand (Berlin) bemerkte, wegen der schwierigen Verhältnisse nicht zum Ziele führen können.

Edmund Meyer (Berlin) möchte, wenn die Röntgenuntersuchung kein sicheres Bild gäbe, zur Ergänzung die Oesophagoskopie ausgeführt sehen. Für Fremdkörper im oberen Theil des Oesophagus bringe die Oesophagoskopie recht günstige Resultate.

Pels-Leusden (Berlin) meint, dass in Fällen, wo durch Fremdkörper schon eine Eiterung der Wand des Oesophagus entstanden sei, die Oesophagoskopie nicht und nur die Oesophagotomie in Frage käme. Er hat einen Fall mit periösophagealen Phlegmonen geheilt.

ALBANUS (ZARNIKO).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Sitzung des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins

am 29. Februar 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

I. Iljisch. Vorstellung einer Kranken mit einer völligen Verwachsung der Hinterwand des Rachens mit weichem Gaumen. Ein operativer Eingriff ist wegen der Narben sehr wenig Erfolg verheissend.

P. Hellat stimmt in Bezug auf die Schwierigkeit mit dem Referenten überein, glaubt jedoch, dass es gelingen wird, eine Passage für die Luft herzustellen. Vor etlichen Jahren operirte er einen ähnlichen Fall, und Patientin athmet bis heute ziemlich gut.

II. Iljisch: Demonstration einer Geschwulst an der Mandel, welche Patienten beim Essen störte. Wahrscheinlich eine Tonsilla pendula. (Mikroskopische Untersuchung wird gemacht).

Bomasch hat 2 ähnliche Fälle gesehen.

III. Wygotzki: Vorstellung eines Patienten mit blauem Trommelfell.

IV. Borsykowitsch: Vorstellung eines Patienten, welcher wegen Tuberculose des Larynx galvanocaustisch behandelt wird. Der Erfolg ist augenscheinlich.

J. Kacz ist geneigt, in diesem Falle der Galvanocaustik eine günstige Wirkung zuzuschreiben. Es wäre interessant, wie der Lungenprocess durch die Kehlkopfbehandlung beeinflusst wird.

Iljisch hält für wünschenswerth, dass an irgend einem Institute die Angaben von Grünwald controlirt würden. Dieselben sind zu rosig, als dass man sie ohne Weiteres für unumstösslich halten könnte.

V. J. Kacz: Stenosis laryngis. Vorstellung einer Patientin.

Die Stenose bezieht sich auf den subchordalen Raum, hat elliptische Form; die Beweglichkeit der Stimmbänder ist leicht beeinträchtigt. Diagnose: Scleroma laryngis.

Nikitin ist mit der Diagnose einverstanden: hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

VI. Sacher: Vorstellung einer Patientin mit Rhinit. atroph., bei welcher die von Okunew beschriebene Einsenkung von aussen sichtbar ist.

VII. Okunew: Vorstellung eines Falles mit einer Septumoperation nach Freer. Die Verkrümmung war eine sehr starke, der Erfolg ist gut.

P. Hellat findet, dass die Operation trotz einer kleinen Perforation als gelungen betrachtet werden kann.

VIII. A. Wiltschur: Augenreaction auf Tuberculin. (Wird veröffentlicht.)

Iljisch vindicirt der Augenrection eine grosse Bedeutung für die Diagnose.

Es kann nicht geleugnet werden, dass bisher unsere Diagnose häufig unsicher ist. Fälle von Fehldiagnosen sind nicht selten. Kürzlich gelang es, einen Patienten, der für tuberculös erklärt worden war, durch antisyphilitische Behandlung vollständig herzustellen.

Nikitin schliesst sich dem vorhergehenden Redner an. Auch er hatte einen Fall, bei dem auf Grund der Calmettereaction die antisyphilitische Behandlung und zwar mit Erfolg durchgeführt wurde.

Bomasch möchte wissen, ob die Reaction auch für Lupus Ausschlag gebend ist.

Wiltschur bejaht die Frage.

P. Hellat: Die Erörterung der Augenreaction nach Calmette ist in Anbetracht des immer wachsenden Interesses für die Tuberculose durchaus zeitgemäss. Alle Methoden zur Feststellung der Diagnose müssen als werthvoll angesehen werden.

P. Hellat.

---

b) Der erste allrussische oto-laryngologische Congress in St. Petersburg.

Veranstaltet vom St. Petersburger oto-laryngologischen Verein.

27. bis 30. December 1908.

Eröffnet wird der Congress mit einer Bergrüssungsrede von P. Hellat, dem Präses des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins. Redner weist auf das wachsende Interesse für die Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren, auf die Bedeutung dieser Organe und auf das Missverhältniss, welches in Russland bezüglich des Unterrichts für diese Fächer besteht, hin. Bisher giebt es nur 2 medizinische Facultäten mit einer Professur für Oto-rhino-laryngologie.

Die Sache der Vertreter dieser Wissenschaften und ihrer Congresse ist es, auf diesem Gebiete Wandel zu schaffen.

Nach der Eröffnungsrede wurden von vielen Vertretern der Universitäten, gelehrten Gesellschaften, der Stadt Petersburg Begrüssungstoaste gesprochen.

Das erste Wort sprach der Nestor der Laryngologie und das Ehrenmitglied der St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins K. Rauchfuss. Aus dem Bericht des Secretärs Iljisch ist hervorzuheben, dass für den Congress 44 Vorträge angemeldet sind und die Anzahl der Congressmitglieder sich auf 152 beläuft.

Zum Schlusse wurden die Glückwunschtelegramme der Ehrenmitglieder des Vereins: Proff. Lucae, Politzer, Fränkel, Schwarze und Semon verlesen.

Die Festrede hielt Prof. Nikitin, in welcher er auf die Etappen der Entwickelungen der oto-laryngologischen Wissenschaft, auf die Kämpfe und Errungenschaften derselben hinwies.

1. Sitzung.

In der ersten Sitzung wurde S. v. Stein zum Ehrenpräses und N. Okunew zum Präses des Congresses gewählt.

Bei dieser Gelegenheit hob der Ehrenpräses die Bedeutung der Pioniere dieser Wissenschaft in Russland, zu denen Oekel, Wreden, Prussack, Kosch-

lakow, Müller, Schultz, Scott, Jinowjew und Wischnewsky gehören, hervor.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete v. Stein.

1. Symptomatologie der Labyrintherkrankungen. Neue Functionen der Schnecke.

2. Iwanow (Moskau): Laryngostomie bei Larynxperichondritiden.

I. setzt zunächst die Bedeutung der Laryngostomie auseinander. Er verfügt persönlich über 8 Fälle. Die Behandlung vermittelst Laryngostomie wird in 4 Perioden getheilt:

1. Laryngofissur, Durchtrennung der Narben und Drain.
2. Systematische Behandlung mit Kautschukröhren bis No. 45 Charrière.
3. Autoplastik.
4. Schluss der Wunde.

Im Ganzen ist die Operation leicht, aber die Nachbehandlung geduldraubend.

Bei 4 gelang die Wiederherstellung der Athmung, 3 sind unlängst operirt, 1 starb.

3. Swershewsky (Moskau): Behandlung der Ozaena mit Paraffininjectionen.

S. hat 49 Fälle behandelt. Paraffin wurde 4—15 mal kalt angewandt. 7 Fälle waren schwer; von ihnen wurde nur in einem Falle Erfolg erzielt. In der zweiten Gruppe mit 28 Fällen wurde 9mal erfolgreich injicirt und in 14 Fällen von atrophischem Katarrh gelang es in 9 Fällen Heilung zu erzielen.

4. Burock: Ueber Paraffinprothesen.

Wiederholung seiner bereits bekannten Anschauungen.

2. Sitzung.

Vorsitzender: Wolkowitsch.

1. Okunew (Petersburg): Die Stellung der Otolaryngologie in Russland.

O. formulirt seine Sätze zur Approbation des Congresses folgender Art:

1. Der Unterricht in der Oto-Laryngologie soll an allen Universitäten obligatorisch sein.
2. Errichtung zweier Kliniken am Heleneninstitut.
3. Anstellung von Consultanten für Militär und Marine.

2. Levin (Petersburg): Referat über die Organisation eines allrussischen oto-laryngologischen Vereins.

3. Iwanow (Moskau): Aufgaben der oto-laryngologischen Congresse.

I. schlägt vor, bei jedem Congresse 1 oder 2 Fragen als Programmfragen aufzustellen, welche von verschiedenen Seiten durch verschiedene Redner beleuchtet werden sollen.

4. Jürgens (Warschau): Ohrenkrankheiten bei Rekruten.

3. Sitzung.

Vorsitzender: Trofimow.

1. Swershensky (Moskau): Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.

Alle Nasenkrankheiten können die Augen in Mitleidenschaft ziehen. Autor beobachtete bei 334 Fällen 43 pCt. Complicationen von Seiten der Augen. Sehr häufig liegt die Ursache in den Nebenhöhlen, besonders bei Caries der Orbita.

Vortragender demonstrirt eine grosse Anzahl einschlägiger sehr instructiver Präparate.

2. A. Skrypt (Charkow): Indicationen zur Tonsillotomie und Blutungen nach derselben.

S. weist auf die Widersprüche hin, welche in Bezug auf die Function der Tonsillen herrschen. Redner entfernt nur solche Tonsillen, welche mechanische Hindernisse mit sich bringen oder welche schwere Entzündungen machen. Vorsicht in Bezug auf Blutung bei älteren Patienten muss geübt werden.

3. Preobrashensky (Moskau): Combinirte Vibration bei chronischer Schwerhörigkeit.

4. Gawrilow: Wirkung der vergrösserten Rachenmandel auf das Gehör.

5. Derselbe: Beziehungen zwischen Vergrösserung der Rachenmandel und Entwickelung im Schulalter.

Vortragender untersuchte 1475 Kinder. Die grösste Zahl von adenoiden Wucherungen entfällt auf das 11. bis 13. Lebensjahr. Bei 450 Kindern fand sich keine Vergrösserung. Im Ganzen konnte G. keinen besonderen Einfluss der Adenoiden auf das Wachsthum, die Begabung etc. constatiren.

4. Sitzung.

Vorsitzender: Preobrashensky (Moskau).

1. Trofimow: Abhängigkeit der Erkrankungen des Schädelinhalts vom Ohre.

2. Maljutin: Schlammbehandlung bei chronischen trockenen Katarrhen des Ohres und beginnender Otosklerose.

3. J. Kreis (Iroslaw): Aneurysma als Folge der Tracheotomie infolge von falschem Croup. Tod.

4. Buroch (Charkow): Endonasale Chirurgie bei acuten und chronischen Nebenhöhlenerkrankungen.

Als Vortrag zu cursorisch.

5. Sitzung.

Vorsitzender: Iwanow (Moskau).

1. G. Bloch: Larynxtuberculose in Jalta.

Kehlkopftuberculose entwickelt sich in der ersten Periode der Lungentuber-

culose. Die beste Zeit für Jalta ist von August bis Mai. Weintrauben vertragen Kehlkopftuberculöse schlecht. Jalta wirkt wohlthuend auf den Kehlkopfprocess. Leider sind 36 pCt. unter den Kranken, welche Jalta brauchen, solche, bei welchen jede Heilung ausgeschlossen ist. Erforderlich ist ein Verweilen von mindestens einer Saison (6—8 Monate).

2. Krushilin (Kiew): Asynergia labyrinthica musculorum, als ein Symptom der Hysterie.

6. Sitzung.

Vorsitzender: Heryng.

Heryng: Zwanzig Jahre chirurgischer Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Referent berichtet hauptsächlich über seine eigene 20jährige Thätigkeit in dieser Richtung. Gefahr der Generalisation gering, Bedeutung hat der Zustand des Patienten. Blutungen kommen vor, besonders aus der Epiglottis. Mittel dagegen: Adrenalin, Galvanocauter, Eis. Galvanocaustik giebt starke Reaction. Am besten ist zunächt nur eine Seite zu cauterisiren.

2. Schneider (Moskau): Ueber Bronchoskopie.

Als Indicationen dienen Verengerungen, Geschwülste und vor allen Dingen Fremdkörper. Zuweilen erforderlich Combination mit X-Strahlen. Referent hat 18 mal Fremdkörper entfernt, unter denen 12 mal Mohnsamen.

3. De Lenz (Kiew): Klinische Bedeutung der Oesophago-Bronchoskopie.

Autor wendet die Oesophagoskopie an zur Bestimmung:

1. der Undurchgängigkeit,
2. des Charakters der Erkrankung,
3. zur Entfernung von Fremdkörpern.

Vom Redner wurde 4 mal Verletzung constatirt und 6 mal wurden Fremdkörper extrahirt. Sondenuntersuchung ist nicht genügend, um Fremdkörper auszuschliessen. Bronchoskopie zu therapeutischen Zwecken in 10 Fällen ausgeführt, n 6 Fällen Fremdkörper entfernt, in 3 Fällen Trach ea erweitert.

7. Sitzung.

Vorsitzender: Maljutin.

1. Krushilin: Demonstration einer Tympanalspritze, eines Meissels, und eines Apparates zur Narkose per Rectum.

2. Erbstein: Zur Technik der Adenoidoperation.

Empfiehlt warm das Tonsillotom von Schütz-Stille. Die Technik der Operation wird vereinfacht, vollständige Entfernung, kein Hängenbleiben und gegeringe Blutung.

3. P. Hellat: Ueber ein neues Symptom zur Bestimmung des Eiters im Warzenfortsatz.

Der nächste Congress findet nach 2 Jahren, also 1910, in Moskau statt.

P. Hellat.

———

c) XXII. Congrès français de chirurgie.

Paris, 4. bis 9. October.

Barbarin: Drei Fälle von Osteitis des Unterkiefers beim Kinde.

Nach Ausbruch der molaren Milchzähne oder des ersten dauerndeu Molaris (im 6. Jahre) können ähnliche Erscheinungen auftreten, wie nach Durchbruch des Weisheitszahnes, nur sind die reactiven Erscheinungen (Schwellung) weniger ausgesprochen als die Allgemeinsymptome in Folge Verschluckens des Eiters durch die Fisteln. Verf. schlägt Aufmeisselung des Unterkiefers von unten vor, Operation, die mit Rücksicht auf die grossen Gefahren, die die Kinder laufen, begründet ist. Bei Vorhandensein von Sequestern ist die Heilung langwierig.

Malherbe: Sarkom der Highmorshöhle.

Ein 14jähriges Mädchen trägt einen orangegrossen Tumor (Fibrosarkom) in der Kieferhöhle, der nach allen Seiten Verdrängungserscheinungen gemacht hat (Exophthalmus etc.). Operation von der Fossa canina aus. Recidive nach einem Jahr.

Claude und Francisque Martin: Behandlung der Septumdeviation.

Septumdeviationen werden von den Autoren derart behandelt, dass sie mit eigenen Zangen das Septum fracturiren und dann die Reposition der fracturirten Theile vornehmen. Ein eigener Stützapparat, einen Monat getragen, hält die Theile in normaler Stellung. Während dieser Zeit muss der Patient reichlich die Nase spülen.

Broeckaert: Der Fall von Rhinopharyngocele, von der Rosenmüller-schen Grube ausgehend, ist vom Autor schon anderweitig vorgestellt worden.

Raugé: Alte und neue Methoden der Mandelexstirpation.

Aufzählung der verschiedenen Methoden, die alle ihre bestimmte Indicationen haben.

Ullmann: Beziehungen zwischen Uterus und Schilddrüse.

Es bestehen sichere Beziehungen zwischen beiden Organen. Struma coincidirt öfters mit Myomen des Uterus. Nach Myomotomie verschwindet oder vermindert sich die Struma.

Guisez: Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Krankheiten.

12 Fälle werden vorgestellt, bei denen Verf. theils aus den Bronchien (drei Fälle), theils aus dem Oesophagus Fremdkörper extrahirt hat. Die Oesophagusfälle waren mitunter complicirt durch Abscess und Gangrän der Wand. Ein Fall von Speiseröhrenkrebs wurde sehr gebessert durch oesophagoskopische Bestrahlung mit Radium.

Kummer: Acute Tetanie im Anschlusse an partielle Strumectomie.

Jacques: Zur Kenntniss des Nasenrachenfibroms.

Lautmann (Paris).

d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

December 1908.

Stellvertretender Vorsitzer: Watson Williams.

Dundas Grant: 1. Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei einem 16jährigen Knaben.

Das Stimmband stand in Cadaverstellung; man fühlt eine Drüsenkette längs des vorderen Randes des Sternocleidomastoideus.

Watson Williams und Ball sprechen über Recurrenslähmung in Folge intrathoracaler Drüsen.

Horne erwähnt einen Fall von traumatischer Lähmung.

Steward berichtet über einen Fall von Neurofibrom des Nerven, der eine tuberculöse Drüse vortäuschte.

2. Ausgedehntes Carcinom des Kehlkopfinnern bei einem 62jährigen Mann, der berufsmässig seine Stimme brauchte.

Ein Geschwür mit papillärem Rand, welches das linke Taschen- und Stimmband einnimmt.

Watson Williams und De Santi rathen zur halbseitigen Exstirpation.

William Hill: Diaphragma zwischen den mittleren zwei Vierteln der Stimmbänder. Heilung durch Spaltung und Tragen einer intralaryngealen Prothese.

Das Diaphragma war traumatischen Ursprungs. Eine frühere intralaryngeale Operation war erfolglos geblieben. Es wurde Laryngofissur gemacht und die Theile dann durch Celluloideinlagen auseinander gehalten, die in die äussere Wunde eingelegt wurden; sie wurden nach drei Wochen entfernt. Völlige Heilung.

Faulder: Kehlkopfstenose bei einem Kind.

Völlige, für eine Sonde undurchgängige Larynxstenose bei einem 1 Jahr vorher wegen Diphtherie tracheotomirten Kinde.

Baber räth zur Thyreotomie und Excision der Narben.

Tilley räth zu der Laryngostomie nach der von Sargnon und Barlatier publicirten Methode. Er berichtet über einen noch in Behandlung befindlichen derartigen Fall.

William Hill beschreibt seine eigene Methode, die darin besteht, dass zwei rechtwinklige Celluloidplatten in die äussere Wunde gelegt werden, die bis zur völligen Heilung die Theile auseinander halten sollen.

Davis beschreibt einen durch prolongirtes Tragen eines dünnen Celluloidkatheters geheilten Fall. Nach 6 Monaten war die Heilung vollendet.

Lack glaubt, dass die meisten derartigen Stenosen herbeigeführt werden durch unsachgemäss ausgeführte „Tracheotomien“, bei denen in Wirklichkeit Schild- oder Ringknorpel durchschnitten werden; er hat sie nach einer wirklichen Tracheotomie niemals gesehen. Er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass eine grosse Anzahl dieser Fälle durch eine tiefe Tracheotomie geheilt werden können und er führt einen auf diese Weise geheilten Fall an, der 16 Jahre lang bestanden hatte.

Steward hat 5 Fälle geheilt, indem er in Narkose die Strictur so weit dilatirte, bis die kleinste Tube eingeführt werden konnte. Nach 2—3 Tagen wurde eine dickere Tube eingeführt, bis die dem Alter angemessene Grösse erreicht wurde. Diese Tube wurde dann für allmählich länger werdende Perioden entfernt, bis sie während 23 Stunden in 24 Stunden fortgelassen werden konnte und schliesslich nur noch in langen Intervallen eingeführt wurde.

French räth zur Dilatation und gleichzeitiger localer und subcutaner Anwendung von Fibrolysin.

Dan Mc Kenzie erwähnt einen von Barlatier und Sargnon beschriebenen Fall, in dem nach der Operation Tod in Folge Pneumonie eintrat.

Watson Williams räth zur Behandlung mittelst Intubation in progressiver Anwendung.

Bond: Epitheliom des Gaumens bei einem 16jährigen Knaben.

Ein sehr harter, fixirter Tumor, der von der rechten Seite des harten Gaumens entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung liess die Frage offen, ob Epitheliom oder Endotheliom. Nach Exstirpation Cauterisation der Umgebung.

Bond: Fibrom des Nasenrachens bei einem 17jährigen Jüngling.

Grosser, harter Tumor. Entfernung durch ausgedehnte Operation von aussen und Excision des harten Gaumens. Die Geschwulst war in das Antrum und die Keilbeinhöhle gedrungen. Entfernung auf oralem Wege erwies sich als unausführbar. Es wurde die präliminare Laryngotomie gemacht.

Tilley beschreibt die Entfernung einer ähnlichen Geschwulst nach dem Verfahren von Rouge.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Pegler: Primäres tuberculöses Granulom des knorpeligen Septums.

Patientin ist eine 50jährige Frau, ohne jede sonstige Anzeichen von Tuberculose. Am vorderen Theil des Septums findet sich eine hellrothe, nicht ulcerirte, weiche, den Knorpel perforirende Masse. Klinisch hatte sie keine Aehnlichkeit mit Lupus. Mikroskopisch fanden sich deutliche Riesenzellen. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden.

Jobson Horne protestirt dagegen, auf Grund des Befundes von Riesenzellen die Diagnose auf Tuberculose der Nase zu stellen. Wenn Riesenzellen ohne Tuberkelbacillen gefunden wurden, so hatte der von ihm angestellte Thierversuch negativen Erfolg.

Pegler: Spastischer Husten.

Nach Influenza bei einer Frau mit Globus hystericus.

Donelan hat solchen Husten nach Influenza bei Kindern beobachtet, wo er irrthümlich für Keuchhusten gehalten wurde.

Davis räth für Anwendung von Chinin und Faradisation.

Andrew Wylie: Osteofibrom des Kiefers.

Grosse, gestielte Geschwulst, die mit einem verhältnissmässig dünnen Stiel in der Gegend der linken oberen II. Molaris ausging und die ganze Convexität des harten Gaumens einnahm. Der Tumor besteht seit 25 Jahren. Entfernung mit der Schlinge. Kein Recidiv.

Wyatt Wingrave stellt fest, dass der Tumor 5 : 2,8 cm gross ist und 13 g wiegt. Er besteht aus compacter Knochensubstanz und Bindegewebe.

Davis: 1. Linksseitige Abductorlähmung bei einer 38jährigen Frau.

2. Maligne Erkrankung der Tonsille.

De Santi und Watson Williams sprechen sich für die Operation aus.

3. Carcinom und Syphilis des Kehlkopfes.

41jähriger Mann mit bestimmter alter syphilitischer Erkrankung des Kehlkopfes und dabei Carcinom des rechten Taschenbandes (Mikroskopische Diagnose).

Milligan, Steward, De Santi und Watson Williams discutiren über den Fall.

Lieven erwähnt zwei ähnliche Fälle von Entwickelung eines Carcinoms auf syphilitischer Basis.

Horsford: Nachträgliche Bemerkung und Brief von Professor Chiari zu dem im Februar 1908 vorgestellten Fall eines weiblichen Baritons.

Nach nasaler Behandlung und Entfernung der Adenoiden hat die Stimme in der Höhe 3—4 Töne gewonnen und kann jetzt als ein Tenor angesprochen werden. Chiari meint, dass der Larynx einen männlichen Typus darstelle. Die Genitalorgane zeigen nichts Abnormes.

Dan Mc. Kenzie meint, solche Merkmale des anderen Geschlechts seien darauf zurückzuführen, dass in den Genitalorganen Spuren von den Keimdrüsen des anderen Geschlechts vorhanden sind, die sich genügend entwickeln, um eine innere Secretion zu liefern.

Frederick Spicer: 18 Jahre altes Mädchen mit Baritonstimme

Die Veränderung der Stimme besteht seit dem 14. Jahre.

Whitehead: Stirnhöhlenempyem. Skiagramm.

St. Clair Thomson spricht über die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung.

Lecombe Holt: Präparate vom Nasenseptum bei Thieren, durch die eine Erklärung der beim Menschen beobachteten Abnormitäten möglich wäre.

Ausgesprochene bilaterale Cristen der Nasenscheidewand wurden bei verschiedenen Species gefunden; beim Hunde verschmolzen diese Leisten mit Vorsprüngen von der entgegengesetzten Nasenwand, so dass eine Art Dach über dem unteren Nasengang gebildet wurde. H. meint, beim Menschen könnte der Verschluss der Choanen auf ähnliche Weise entstehen.

St. Clair Thomson: Stirnhöhle 14 Tage nach Killian'scher Operation.

Gutes Resultat.

William Hill: Tuberculöse Laryngitis.

Leichte Untersuchung auf directem Wege.

De Santi: Sarkom der Tonsille und des Velum.

Inoperabler Fall eines 40jährigen Mannes. Schmerzen wurden gelindert und das Schlucken fester Speisen ermöglicht, seitdem die Coley'sche Flüssigkeit eingegeben wurde.

Jobson Horne: Epitheliom des Rachens.

Alter Fall von Syphilis; tiefes grosses carcinomatöses Geschwür. Inoperabel.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Felix Semon's 60. Geburtstag.

Am 8. December feiert Sir Felix Semon fern von der Heimath, auf der Reise von Egypten nach Indien, seinen 60. Geburtstag. An diesem Tage, da gewiss die Gedanken Vieler, die ihn lieben und verehren, zu ihm wandern, soll auch ein herzlicher Glückwunsch des Centralblatts nicht fehlen, das Semon in's Leben gerufen und dem er ein Vierteljahrhundert hindurch einen grossen Theil seiner Arbeit gewidmet hat. Wir sind sicher, im Namen aller unserer Mitarbeiter und Leser zu sprechen, wenn wir dem Jubilar wünschen, dass er, an grossen und bleibenden Eindrücken reich, wohlbehalten und gesund von seiner Weltreise zurückkehren möge, um noch viele Jahre hindurch sich in unverminderter Frische und Rüstigkeit seier selbstgewählten Musse erfreuen zu können. Finder.

Zur Frage der galvanokaustischen Behandlung der Larynxtuberculose.

In der Octobernummer des XXV. Jahrganges des Centralblatts finde ich in Grünwald's „Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches“ einen Satz, der gewissermaassen eine Berichtigung erfordert. Der Satz lautet: „Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung“ erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift No. 25 veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen“ u. s. w.

Ich muss infolge dessen daran erinnern, dass im Jahre 1893 in der „Medycyna“ No. 1, 2, 3 eine Arbeit von mir erschienen ist, in der ich meine Erfahrung betreffend die von mir seit 1887 geübte galvanokaustische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege niedergelegt habe. Die Arbeit war zwar bloss in polnischer Sprache veröffentlicht, es existirt aber ein ziemlich ausführliches Referat über dieselbe im Centralblatt, Jahrg. X, No. 8, S. 414. Aus dem Referat ist zu ersehen, dass ich eben „die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung“ hervorhebe, indem ich die günstigen Resultate der Behandlung von 13 Fällen und die Vortheile dieses Verfahrens gegenüber dem Curettement angebe. Auch in einer bereits im Jahre 1888 in der „Gazeta Lekarska“ No. 10 erschienenen Arbeit habe ich schon erwähnt, dass ich grundsätzlich die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberculose anwende. In dem be-

treffenden Referate (Centralbl. f. Laryngol., Jahrg. V, No. 5, S. 219) heisst es: „Er (der Verfasser) gebraucht ausser der Milchsäure und dem Currettement den Galvanokauter".

Wenn also von einer systematischen Anwendung des Galvanokauters in der Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege die Rede sein soll, so muss ich die Priorität in dieser Sache für mich in Anspruch nehmen. Vereinzelte diesbezügliche Beobachtungen und Aeusserungen rühren zwar schon von viel älteren Autoren her, aber zu einer wirklichen Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose war die Galvanokaustik von mir erhoben. Eine ausführliche Besprechung meiner 22jährigen Erfahrung in dieser Frage beabsichtige ich in nächster Zukunft zu veröffentlichen.

Srebrny (Warschau).

Erwiderung.

Von der Richtigkeit der Angabe Srebrny's, bereits im Jahre 1893 systematisch die Galvanokaustik zur Heilung der Kehlkopftuberculose verwandt zu haben, habe ich mich überzeugt.

Wenn mir die Thatsache entgangen ist, erklärt sich dies daraus, dass in den unterdessen verflossenen 16 Jahren Srebrny nicht mehr darauf zurückgekommen ist.

Ich werde mich im Interesse der Sache freuen, aus der in Aussicht gestellten Veröffentlichung Srebrny's Weiteres über seine Erfahrungen mit dem Verfahren zu hören. Die Frage der Einführung des Tiefenschnittes bleibt natürlich davon unberührt.

München, 2. December 1909, Grünwald.

Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den internationalen Congressen.

Zu der unter diesem Titel in der vorigen Nummer erschienenen Notiz ersucht Herr Hofrath Prof. Dr. E. von Navratil um die Aufnahme folgender Zeilen;

Zum Ehrenpräsidenten der rhino-laryngologischen Section für den XVI. internationalen med. Congress wurde auf meinen Vorschlag nur ein Mitglied der Section und zwar Sir Felix Semon — vom Executiv-Comité — gewählt. Zu Sitzungs-Präsidenten wurde von den zum Congresse angemeldeten 195 Mitgliedern kaum deren 6. Theil vorgeschlagen. Von diesen erschien (wegen Krankheit und Familienangelegenheiten verhindert) nur die Hälfte.

In vorzüglicher collegialer Hochachtung

Hofrath Prof. E. v. Navratil,
gew. Präsident der rhino-laryngologischen Section des XVI. intern. med. Congresses in Budapest.

Redactionelles.

Wir haben unsere Leser von einigen Veränderungen in Kenntniss zu setzen, die mit dem Beginn des neuen Jahrgangs unter den Mitarbeitern des Centralblatts eintreten werden.

Zunächst müssen wir davon Mittheilung machen, dass Herr Dr. G. Lefferts (New-York) seine Mitarbeiterschaft niedergelegt hat. Lefferts gehört zu der Zahl derjenigen, die dem Centralblatt in unwandelbarer Treue seit seiner Gründung als Mitarbeiter angehören. Er hat bis zum Jahre 1900 allein, von da ab in Gemeinschaft mit Dr. Emil Mayer die amerikanische Literatur bearbeitet und während dieses Zeitraums viele tausende von Referaten für das Centralblatt geliefert. Sein Verdienst ist es, der amerikanischen Literatur, die nicht nur in Bezug auf das Quantum ihrer Production seit vielen Jahren in unserem Jahresüberblick an erster Stelle steht, sondern die auch an werthvollen und beachtenswerthen Arbeiten sehr

reich ist, im Centralblatt zu der ihr gebührenden Stellung verholfen und ihre Kenntniss der Allgemeinheit der Laryngologen zugänglich gemacht zu haben.

Sofort nachdem er die Mittheilung vom Rücktritt Semon's erhalten hatte, erklärte Lefferts, der dem Herausgeber des Centralblatts durch langjährige Freundschaft eng verbunden ist und mit ihm zusammen in gemeinsamer Assistententhätigkeit einst sich die ersten Sporen auf dem Gebiet der Laryngologie verdient hatte, dass er seine Mitarbeiterschaft niederlege; ebenso wie er seine Thätigkeit am Centralblatt mit Semon zusammen begonnen, sei es stets sein Entschluss gewesen, sie auch gleichzeitig mit ihm zu beenden. Auf die Bitte des Herausgebers jedoch erklärte er sich in liebenswürdiger Bereitwilligkeit damit einverstanden, im Interesse des Blattes noch bis zum Ende dieses Jahres an der Mitarbeit theilzunehmen. Bei seinem Scheiden sagen wir dem treuen Mitarbeiter für die langjährigen und werthvollen Dienste, die er dem Blatte geleistet, auch an dieser Stelle herzlichsten Dank.

Herr Emil Mayer (New York) hat in dankenswerthester Weise die grosse Aufgabe auf sich genommen, zunächst allein die ganze amerikanische Literatur zu referiren.

Drei andere, ebenfalls seit über einem Decennium am Centralblatt thätige Mitarbeiter, sind durch mannigfache anderweitige Beschäftigung gezwungen, gleichfalls mit Beginn des neuen Jahres ihre Mitarbeiterschaft niederzulegen, nämlich die Herren Dr. Paul Raugé (Challes), A. Bronner (Bradford) und E. Waggett (London). Den auf Herrn Bronner entfallenden Theil der englischen Literatur wird in Zukunft Dr. Watson Williams (Bristol) referiren, während die Berichte der Laryngological section of the royal society of medicine deren derzeitiger Schriftführer Herr Dr. H. J. Davis (London) erstatten wird.

Allen diesen aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausscheidenden Herren sei für ihre treuen durch viele Jahre hindurch geleisteten Dienste herzlicher Dank ausgesprochen.

Finder.

Namen-Register*).

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

I. J.

K.

L.

Y.

Z.

T.

U.

V.

W.

Sach-Register.

A.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **J. Donelan** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **A. Rosenberg** (Berlin), **S. Salzburg** (Dresden), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

(Januar — December 1910.)

Berlin 1910.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Januar. 1910. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1908.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	61	221	112	30	117	25	30	596
Deutschland	40	132	71	14	110	10	19	396
Frankreich	12	61	53	14	61	21	19	241
Grossbritannien und Colonien	9	58	50	8	76	8	12	221
Ungarn	6	38	22	4	40	4	7	121
Oesterreich	5	28	20	5	41	6	7	112
Italien	4	10	21	3	31	5	3	77
Holland	5	22	12	2	22	2	2	67
Belgien	5	24	13	3	16	2	3	66
Spanien	2	13	12	3	18	2	4	54
Polen	2	10	8	4	16	3	2	45
Dänemark, Norwegen	4	9	9	2	15	1	4	44
Russland	2	8	9	3	8	2	1	33
Schweden	3	10	4	—	8	2	2	29
Schweiz	2	6	3	1	6	—	1	19
Zusammen	162	650	419	96	585	93	116	2121

Die Production ist gegen das Vorjahr wieder um ein geringes gestiegen. Zu sonstigen Bemerkungen giebt die Statistik keinen Anlass.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) Rontaler. **Aerztlicher Bericht über die im Ambulatorium für Ohren-, Nasen-Rachen- und Kehlkopfkrankheiten beim Evangelischen Hospital beobachteten Fälle. (Sprawordanie z ruchu chorych na uszy, nos, gardlo i krtan w Ambulatoryum mojem w Spitalu Ewangieliekim w Warszawie.)** *Przeglad Lekarskie. No. 7. 1909.*

Verf. giebt in seinem $1^1/_2$ Jahre umfassenden Bericht die Zahl der Kranken auf 10526, Art der Krankheiten, die Zahl und Art der ausgeführten Operationen. Einige der interessanteren Fälle werden genauer beschrieben. A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Preysing** (Cöln a. Rh.). **Einige Beispiele von diagnostischen Irrthümern und von selteneren Tumoren.** *Med. Klinik. 46. 1909.*

Unter den uns interessirenden Fällen sind drei, deren Mittheilung im Auszug hier zu erfolgen hat. In dem ersten Fall war nicht nur vom erst behandelnden Arzt, sondern auch von Preysing selbst die Diagnose: tuberculöse Perichondritis und Abscedirung des Thyreoidknorpels gestellt worden. Tracheotomie, Spaltung des Abscesses, Ausräumung. Die Untersuchung der ausgeräumten Massen ergab Carcinom. Der zweite Fall (25jähr. Mann) war Jahre lang an Schwindsucht behandelt worden, welche sich in regelmässigem Bluthusten äusserte. Tracheoskopie ergab einen höckerigen Tumor an der Vorderwand der Trachea. Die Untersuchung eines ausgehusteten Gewebsstückes von der Grösse einer Haselnuss ergab ein Angiofibrom. Nach 3 Jahren hatte sich an der betr. Stelle der Trachea ein bösartiges Endotheliom entwickelt. Im dritten Fall (50jähr. Mann) handelte es sich um eine an und für sich in der Nase seltene Geschwulstform, ein Hydronephrom, das zunächst lange Zeit klinisch die Rolle eines primären Tumors spielte und $2^1/_2$ Jahre lang die einzige klinisch nachzuweisende Metastase des später erscheinenden Bauchtumors war. SEIFERT.

3) **J. E. Rhodes. Ergänzender Bericht zu einem Fall von Xanthom. (Supplementary report of a case of xanthoma.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Mai 1908.*

Weitere Mitteilungen über einen früher (cfr. Centralblatt 1907, S. 67) berichteten Fall des Verfs., den ersten bisher bekannten. Pat. hat zwei Jahre lang die Tracheotomiecanüle getragen. Die Schwellung im Larynx ist während dieser Zeit ungefähr um die Hälfte zurückgegangen und Verf. glaubt, dass die Affection schliesslich in Heilung übergehen wird. EMIL MAYER.

4) **Charles R. C. Borden. Ohr- und Nasencomplicationen bei Schädelfracturen. (Otologic and rhinologic complications of skull fracture.)** *Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. bringt eine Statistik, die eine grosse Anzahl von Fällen umfasst, für den Rhinologen aber nichts von Bedeutung enthält. EMIL MAYER.

5) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Descendirende Stenosenbildung der Luftwege auf Grund von Lues hereditaria tarda.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 490. 1909.*

Ausführliche Beschreibung eines eigenen Falles und Zusammenstellung der bisherigen Literatur. Der von C. beobachtete Fall bot besondere Abweichungen von der üblichen Form, da es sich um hereditäre Lues handelt und der Sitz der Stenose die obere Region der Trachea betrifft. Durch verschiedene im Rachen befindliche Veränderungen stellten sich der Untersuchung recht erhebliche Schwierigkeiten in den Weg. Zur Diagnosenstellung und Therapie wurde die Killian-sche Röhre verwendet. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Heryng. Syphilis des Rachens und des Larynx. (Sifilis sewa i gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7, p. 293. 1908.*

Hering behandelt das Thema etwas summarisch, und beschränkt sich dabei hauptsächlich auf die klinischen Erscheinungen. Die Ueberschrift verspricht mehr.

P. HELLAT.

7) **Ciro Caldera** (Turin). **Wichtigkeit der Wassermann'schen Probe für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen der Nase, des Halses und Ohres. (Importanza della prova del Wassermann per la diagnosi delle lesioni sifilitiche del naso, della gola e dell'orecchio.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. No. V. 1909.*

Nachdem er die von ihm angewandte Technik geschildert hat, berichtet Verf. ausführlich über 2 Fälle, in denen der positive Ausfall der Wassermann'schen Probe auf die richtige Diagnose führte. In einer tabellarischen Uebersicht führt er die übrigen Fälle auf, bei denen die Probe angestellt wurde. Verf. plaidirt für die weiteste Anwendung der Wassermann'schen Probe in der Oto-Rhino-Laryngologie. FINDER.

8) **Clifton M. Miller. Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *American Journal of Dermatology. August 1909.*

Nach Erfahrung des Verfs. soll häufiger als am knorpligen Septum eine Schwellung der unterer Muschel als Zeichen der tertiären Lues vorhanden sein, die sich von der Rhinitis hyperplastica durch ihre grössere Härte unterscheidet. Verf. schildert dann die destructiven Processe in Nase und Rachen und ihre Folgen.

EMIL MAYER.

9) **W. N. Robinson. Syphilis des Ohres, der Nase und des Halses. (Syphilis of the ear, nose and throat.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1909.*

Verf. beschreibt die Manifestationen der Syphilis in den verschiedenen Stadien und bespricht die differentialdiagnostischen Momente. Ausser der Allgemeinbehandlung empfiehlt er lokal dünne Argentumlösung. A. J. BRADY.

10) **Nieddu. Untersuchungen auf Spirochaeta pallida für die ätiologische Diagnose der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Ricerche del treponema pallidum per la diagnosi eziologica delle malattie oto-rino-laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. No. I und III. 1909.*

Für die Oto-Rhino-Laryngologie hat der Nachweis der Spirochaeta pallida besonderen Werth für die klinisch oft nicht erkennbaren Primäraffecte, weniger für die Secundärerscheinungen und bisher gar nicht für die Tertiärerscheinungen. Für die letzteren ist jedoch zu bemerken, dass, bevor man sich entscheidet, die Untersuchungen in sehr weitem Umfang angestellt werden und die Spirochäten in den tiefer gelegenen Theilen der Gewebe gesucht werden müssen. FINDER.

11) **Robert Levy. Vaccinetherapie in Otologie und Rhino-Laryngologie. (Vaccine therapy in Otology and Rhinolaryngology.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1909.*

Verf. kommt zu dem Ergebnisse, dass über den Werth der bakteriellen Therapie ein definitives Urtheil noch nicht möglich ist, dass aber der klinischen Beobachtung mehr Werth zukomme, als der Laboratoriumsarbeit. EMIL MAYER.

12) **Frederick F. C. Lemarest. Chloroform, das Narkoticum für Halsoperationen. (Chloroform the Anaesthetic in throat operations.)** *Journal of the Medical Society of New Yersey. August 1909.*

Bei sachverständiger Anwendung ist nach Ansicht des Verfs. das Chloroform für Hals- und Nasenoperationen dem Aether überlegen. EMIL MAYER.

13) **Dobrowolski. Alypin, ein Mittel zu localer Anästhesie. (Alypina, sredek do miejocòwego znieczulenia.)** *Medycyna. No. 34. 1909.*

Verf. hat in seiner operativen rhinologischen Praxis Alypin in einer 5 bis 20proc. Lösung mit gutem Erfolge angewandt (Nasenpolypen, Paracentesis cordae tympani, Tonsillotomie). Besonders günstig wirkt Alypin bei Abtragen von vergrösserten Nasenmuscheln, da das genannte Mittel im Vergleich zum Cocain keine zu grosse Zusammenziehung der hypertrophischen Muschel verursacht. Zu den nachtheiligen Seiten des Alypins rechnet Verf. eine allzu schwache und allzu langsam erfolgende Anästhesie. A. v. SOKOLOWSKI.

14) **Burak. Zur Frage der physiologischen Eigenschaften des Nebennierenextracts (Adrenalins, Suprarenins) in Verbindung mit seiner Bedeutung für die practische Medicin, besonders für die Laryngo-Rhinologie. (K woprosu o fisiolog. seroistwach nadpotschetsch. ekstrakta [adren., supraren.] w swyasi s ewo snatscheniem dlja praktisch. medizini, preimuschtschest. w oblasti vapungo-rinologie.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 254. 1908.*

B. fand, dass die Wirkung der Nebennierenpräparate am deutlichsten zu Tage tritt bei directer Anwendung auf die Schleimhaut. P. HELLAT.

15) **L. M. Chesney. Anwendung von Thionin und Radium bei einigen Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. (Use of Thionin and Radium in some diseases of the pharynx and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Bei nicht tuberculöser Laryngitis haben Inhalationen mit Thionin sich von

Nutzen erwiesen; sie haben auch den Vortheil, dass die Patienten sie zu Hause gebrauchen können. Während das Mittel auf die Lungenphthisis keinen Einfluss hatte, schien ein solcher in manchen Fällen auf die localen Veränderungen im Larynx constatirbar. Mit Radium hat Verf. keine günstigen Erfahrungen gemacht.

LEFFERTS.

16) **Isaac C. Soule. Hochfrequente und hochwerthige Ströme bei Hals- und Nasenkrankheiten. (High frequency, high potential currents in diseases of the nose and throat.)** *The Journal of Advanced Therapeutics. Juni 1909.*

Mittels Anwendung geeigneter Elektroden hat Verf. behandelt: Acute und chronische, sowie atrophische Rhinitis, acute Tonsillitis und acute Laryngitis.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **P. J. Mink** (Deventer, Holland). **Die nasalen Lufträume.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 215. 1908.*

Durch eingehende physiologische Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Nebenhöhlen der Nase die Hauptrichtung des Inspirationsstroms nicht ändern und als Hilfsapparate für das Riechen aufzufassen sind. Die Inspirationskraft sowohl wie die Eingangsöffnung zielen darauf hin, dass die eingeathmete Luft ihren Weg durch die Fissura olfactoria wähle. Die physiologische Bedeutung des Schwellgewebes der Nase wird darin gesucht, dass es mithilft, die Menge Luft, die in der Zeiteinheit ausgeathmet wird bei Verschiedenheit der Athemgrösse, im Allgemeinen gleich zu halten.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

18) **Chas. F. Burrous, Beverley Robinson, W. Pyre Porcher u. A. Die Behandlung des acuten Schnupfens. (The treatment of acute coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 31. October, 7. November, 14. November, 21. November 1908.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

19) **Wolfgang Schultz** (Porto Alegre). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens der Säuglinge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Sch. empfiehlt die Aussaugung der Nase vermittels eines an dem Bier'schen Sauggummiball anzubringenden Ansatzes.

(Diese Therapie ist bereits längst in Verwendung und vor Jahren durch Escat's „Mouche bébé“ auch zum häuslichen Gebrauch empfohlen. Ref.)

HECHT.

20) **P. Cornet. Bright'scher Nasenkatarrh. (Coryza brithique.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Oberflächliche Mittheilung von vier Fällen, bei denen ohne jede locale Behandlung die Zeichen einer chronischen Rhinitis, die sich namentlich durch Ab- und Anschwellen der Schleimhaut charakterisirt hat, verschwanden durch Einleitung einer entsprechenden, gegen die jedesmalige bestehende Bright'sche Krankheit gerichtete Diät. Der Bright'sche Nasenkatarrh ist nach dem Autor

eine spastische Rhinitis mit milden Symptomen. Die Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut und die Rhinorrhoe fehlen. Diese Rhinitis ist ein Frühsymptom der Bright'schen Krankheit und erscheint zu einer Periode, wo die anderen wie die Nierensymptome noch fehlen, namentlich die Oedeme. LAUTMANN.

21) **E. Le Cousse. Die Rhinitis hypertrophica; ihre Behandlung. (Le coryza hypertrophique; son traitement.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf., der auf der Klinik von Moure arbeitete, empfiehlt zur Behandlung der Rhinitis hypertrophica neben der kalten Schlinge die Zangen von Martin, Mahu, Laurens und vor Allem das Conchontom von Moure; die Instrumente der zwei letzteren Autoren werden abgebildet.

Die Tamponade wird weggelassen, die blutende Fläche dagegen am Schluss der Operation leicht kauterisirt. In einer und derselben Sitzung soll nur die eine Nasenhälfte operirt werden.

Bei Gebrauch der Scheeren ist nach Ansicht des Verf.'s die Blutung stärker und die Schwierigkeit grösser, von der Muschel gerade so viel wegzunehmen, als nöthig ist. OPPIKOFER.

22) **A. Bucklin. Hypertrophischer Nasenkatarrh und Complicationen. (Hypertrophied nasal catarrh and complications.)** *Archivs of Otology. August 1907.*

Verf. rühmt sich, als erster die Nasensäge angewandt und auf diese Weise 31181 (!) Fälle operirt zu haben. EMIL MAYER.

23) **H. V. Würdemann. Submucöse Turbinectomie. (Submucous Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Mit einem geeigneten Messer wird die Schleimhaut längs der ganzen Länge der Muschel incidirt, mittels Freer'schen Elevatoriums die Schleimhaut oberhalb der Incision abgelöst und der Lappen nach oben geklappt; dann wird der Knochen mit Säge oder Scheere entfernt und der Schleimhautlappen wieder nach unten geklappt. Durch einen Tampon wird der Lappen angedrückt und in seiner Lage festgehalten, am nächsten Tage wird er entfernt und die Nase mit einer alkalischen Lösung ausgespült, was einige Tage wiederholt wird. EMIL MAYER.

24) **A. G. Watson. Conservative Turbinectomie. (Conservative Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Die Methode Yankauer's, nach Entfernung eines V-förmigen Stücks eine primäre Vereinigung durch Naht zu erzielen, ist schwierig und erfordert ein complicirtes Instrumentarium, sowie mehr als durchschnittliche Geschicklichkeit und sehr viel Zeit. Verf. beschreibt ein von ihm angewandtes Instrument, das aus einer Röhre besteht, in der sich ein Schlitz befindet. In diesen Schlitz wird das vordere Ende der Muschel eingezwängt und eine zweite scharfe in die erste genau passende Röhre, die also eigentlich eine Art Messer ist, wird in die erste eingeführt und schneidet alles vorstehende Gewebe ab. EMIL MAYER.

25) **Thomas R. Packard. Pathologische Resultate von Muscheloperationen. (Pathologic results of operations on the turbinates.)** *Journal American Medical Association. 23. Mai 1908.*

Ein Patient konnte am Tage nachdem ihm mit der Schlinge ein kleines Stück

vom vorderen Ende der linken mittleren Muschel entfernt worden war, auf dem linken Auge nicht sehen. Er ging zum Augenarzt und während er dort im Vorzimmer wartete, begann das Sehvermögen allmählich zurückzukehren und war, bevor noch die Untersuchung beendet war, wiederhergestellt. Die linksseitige Blindheit hatte 20—30 Minuten gedauert. Der Augenarzt hatte nichts Pathologisches finden können; auch die Untersuchung der Nase ergab nichts Besonderes. In der Folge wurde die Schlinge bei demselben Patienten ohne weitere Folgen angewandt. Es handelte sich nach Ansicht des Verf.'s um eine Reflexamaurose in Folge des intranasalen Eingriffs.

EMIL MAYER.

26) **G. Slavtcheff. Beitrag zur Aetiologie und Bakteriologie der Ozaena. (Contribution à l'étiologie et à la bactériologie de l'ozène.)** *Dissert. Toulouse 1907.*

In der unter der Leitung von Escat erschienenen Dissertation bespricht S. alle die verschiedenen Theorien der Ozaena. Verf. ist der Ansicht, dass die Ozaena bakteriellen Ursprungs sei; er stützt sich in seinen Anschauungen wesentlich auf die Arbeiten von Perez.

Unter 22 bakteriologisch untersuchten Ozaenafällen fand S. den Bacillus von Perez 6mal. Ob wirklich durch intravenöse Injection der Culturen des Perezschen Bacillus sich bei Kaninchen eine Atrophie des Naseninnern experimentell erzeugen lässt, hat S. leider nicht nachgeprüft.

OPPIKOFER.

27) **S. H. Large. Atrophische Rhinitis. (Atrophic Rhinitis.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Verf. empfiehlt submucöse Paraffininjectionen (1 Theil Olivenöl, 3 Theile Paraffin); die Injectionen werden in das vordere Ende der unteren Muschel gemacht. Unter 14 so behandelten Fällen war bei 8 eine Verminderung ihrer Beschwerden zu constatiren, bei 4 eine sehr erhebliche Besserung, nur zwei blieben unbeeinflusst. Verf. ist der Ansicht, dass manche Beschwerden, vor Allem der störende Husten, durch diese Behandlung gebessert werden können.

EMIL MAYER.

28) **T. Halinger. Ozaena, keine terra incognita. (Ozena, no terra incognita.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Verf. führt die Ozaena auf die Weite der Nasenhöhlen zurück.

EMIL MAYER.

29) **Maximilian Steiner** (Budapest). **Zur Weiterentwickelung der Lehre von der Ozaena.** (Aus der rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Rochusspitals.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 282. 1908.*

Statistische Angaben der verschiedenen Symptome bei 34 Ozaenafällen.

Verf. hält es nicht für berechtigt, eine scharfe Grenze zwischen sogenannter genuiner Ozaena und syphilitischer Ozaena zu ziehen.

Er unterscheidet folgende Arten der mit Schleimhautatrophie einhergehenden fötiden Krustenbildung:

1. Die Fränkel'sche Form, wahrscheinlich auf congenitaler Grundlage.

2. Die rein mechanische, durch Druck und Erweiterung verursachte.

3. Die Grünwald'sche Form, in Folge Nebenhöhlenempyemen event. anderen chronischen suppurativen Processen (adenoide Vegetationen, Bursa pharyngea).

4. Letzeren reiht sich die durch luetische Knochenerkrankungen, erzeugte Art an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **Castex. Fernwirkungen bei Ozaena. (Infections à distance chez les ozéneux.)** *Journal des Praticiens. 31. Juli 1909.*

Verf. macht auf die hartnäckigen Dyspepsien aufmerksam, die nach Paraffininjectionen verschwinden, auf Lungentuberculose, Melancholie, geistige Apathie etc.

GONTIER de la ROCHE.

31) **Lavrand. Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Revue hebd. No. 29. 1909.*

Die Ozaena ist in allen Fällen Lavrand's bedingt gewesen durch eine Sinusitis des Siebbeinlabyrinths mit Nekrose. Bei einseitiger Ozaena ist die Nekrose auch nur einseitig. In der Dissertationsarbeit seines Schülers Gillöt (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène. Thèse de Lille. 1909) ist diese Sinustheorie gründlich ausgearbeitet.

LAUTMANN.

32) **Schoenemann. Neue Beiträge zur Pathologie und Behandlung der Ozaena. (Nouvelles contributions à la pathogénie et au traitement de l'ozène.)** *Arch. Intern. de laryng. Tome XXVIII. No. 4.*

Abdruck des auf dem deutschen Laryngologentage 1909 gehaltenen Vortrages. Ozaena ist mit Eczem der Haut vergesellschaftet, doch ist das nicht gesetzmässig. Grosse Arsenikdosen beeinflussen die Ozaena günstig. Irrthümlich hat Sch. in 2 Fällen bei Ozaenakranken die Kieferhöhle eröffnet und bedeutende Besserung danach erlebt. Vielleicht sollte man versuchen bei den Ozaenakranken systematisch die Kieferhöhle zu eröffnen, auch wenn sie nicht krank ist?

LAUTMANN.

33) **Masip** (Barcelona). **Die Injectionen von festem Paraffin bei Ozaena. (Las inyecciones de parafina solida en el ozena.)** *Revista de ciencias médicas de Barcelona. November 1908.*

Verf. zieht das flüssige Paraffin für die Behandlung der Ozaena vor, da er der Hitze eine wichtige Einwirkung auf die Schleimhaut zuschreibt.

TAPIA.

34) **P. Gallet. Paraffineinspritzungen bei atrophischer Rhinitis. (Prothèse par la paraffine dans les Rhinites atrophiques.)** *Dissert. Lyon 1907.*

Empfehlung der Paraffineinspritzungen, Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur und Mittheilung einiger Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

35) **Lavrand** (Lille). **Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Journal des Sciences médicales de Lille. Juni 1909.*

Verf. hat in einer grossen Zahl der Fälle Osteitis des Siebbeins feststellen können ohne Erkrankung der zugänglichen Sinus. Die Curettage der von der Osteitis betroffenen Region hat ihm gute Resultate gegeben. Diese nekrotisirende

Osteitis ist eine besondere Form, von unbekanntem Ursprung und Folge einer Neuritis der trophischen Nerven in der Umgebung.

GONTIER de la ROCHE.

36) **M. Goldzieher** und **E. Neuber** (Budapest). **Untersuchungen über Rhinosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 27, 28. 1909.*

Verff. haben sich im Verlaufe ihrer mikroskopischen Untersuchungen über die charakteristischen Zellen des scleromatösen Gewebes von der Richtigkeit der Schridde'schen Mittheilungen überzeugt. Besonders die Mikulicz'schen Zellen betreffend haben sie in grosser Zahl Uebergangszellen gefunden, welche die Herkunft dieser Zellen von den Plasmazellen beweisen. Die elastischen Fasern sind an den callösen Stellen vermehrt. Impfversuche mit Sclerombacillen-Culturen an verschiedenen Thieren blieben erfolglos. Die serologischen Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Zur Differenzirung des Bact. Friedländer und scleromatis eignet sich sehr und ist leicht ausführbar die Complementfixation.

2. Bacillus rhinoscleromatis Frisch ist biologisch verschieden vom Bacillus pneumoniae Friedländer.

3. In dem Blutserum von Scleromkranken sind gegen den Sclerombacillus in nachweisbarer Quantität Antistoffe vorhanden und mit ihnen lässt sich als specifische Reaction des Sclerombacillus Complementfixation erzielen.

4. Diese Antikörper geben mit dem Bac. Friedländer keine Complementfixation.

5. Im Sinne der in den Punkten 3 und 4 enthaltenen Beobachtungen ist die ätiologische Rolle des Sclerombacillus bei der Entstehung des Scleroms bewiesen und die Annahme, dass der Sclerombacillus nur ein unschuldiger saprophytischer Bewohner der Nasenschleimhaut ist, wird hinfällig.

v. NARVATH-POLYAK.

37) **Eduard L. Kennyon. Bericht über einen Fall von Rhinosklerom. (Report of a case of rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Detaillirter Bericht über den Fall. Röntgenbehandlung schien einen günstigen Einfluss zu haben. Der Hauptsitz der Erkrankung war im Nasenrachen; auch bestand etwas Stenose des Kehlkopfs.

EMIL MAYER.

38) **Rydygier. Weitere Erfahrungen zur Therapie des Rhinoskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (Doswiadczenia nad leczeniem twardzieli gardla i nosa za pomoca promieni Rentgena.)** *Gazeta Lekarska. No. 3. 1909.*

Nachdem Verf. die im Ganzen ungünstigen Erfahrungen der Scleromtherapie geschildert hat, beschreibt er genau 14 in der Lemberger Klinik beobachtete und mittelst Röntgenstrahlen behandelte Fälle, bei welchen nach Ansicht des Verfs. enorme Besserungen erzielt worden sind, was nach seiner Ansicht ein Ansporn zur weiteren und intensiven Arbeit in dieser Hinsicht sein sollte. Besonders lehrreich sind 2 vom Verf. beschriebene Fälle. Beim ersten, wo es sich um ein Nasensclerom mit vollständiger Verstopfung der Nase infolge von scleromatischer Wucherung handelte, besserte sich nach 16 Röntgensitzungen von 2 Minuten Dauer der Zu-

stand derartig, dass die Nasenathmung vollständig frei wurde und das rhinoskopische Bild fast ganz normalen Zustand zeigte. Beim zweiten Falle handelte es sich um Scleroma laryngis mit ganz bedeutender Stenose, die zur Tracheotomie Veranlassung gab. Die beiden Stimmbänder waren stark geschwollen, wie auch die unterhalb derselben liegende Schleimhaut. Die Therapie dauerte 7 Monate; das Resultat war derartig, dass die Stimme, die früher ganz heiser war, allmählich in den Normalstand zurückkehrte und das Athmen sich so gebessert hat, dass die Canüle entfernt werden konnte. A. v. SOKOLOWSKI.

39) **L. Clerc. Das Rhinosklerom und seine Behandlung. (Il rinoscleroma e la sua cura.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. 9. 1909.*

Es handelte sich um einen 35jähr. Mann aus Brescia. Die Veränderungen sassen an der äusseren Nase und Oberlippe, sowie im Naseninnern, dagegen waren Pharynx und Larynx frei. Verf. hat sich der monopolaren Elektrolyse bedient, die 45 Tage lang — Vormittags in der einen, Nachmittags in der andern Nasenhöhle — angewandt wurde. Pat. befindet sich seit 2 Monaten gut. FINDER.

40) **Richard H. Johnston. Gutartige Tumoren der Muscheln. (Benign tumors of the turbinated bodies.)** *Journal American Medical Association. 24. Juli 1909.*

Sieht man von Polypen ab, so sind gutartige Tumoren der Muscheln selten. Es ist bisweilen kaum möglich, aus den klinischen Erscheinungen zu sehen, ob es sich um bösartige oder gutartige Geschwülste handelt; es muss in jedem Fall das Mikroskop zu Rathe gezogen werden. EMIL MAYER.

41) **Lannois. Knötchenbildungen in den Drüsen der Nasenpolypen. (Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes muqueux du nez.)** *Revue hebd. de Laryngologie. No. 42. 1909.*

In 3 Fällen von Nasenpolypen fand Lannois kleine sphärische harte Concretionen von weisser Farbe, Krebsaugen vergleichbar. Kurze histologische Studie der Nasenpolypen mit Rücksicht auf Drüsenbildung. Eine Untersuchung der Concretionen fehlt. LAUTMANN.

42) **Martin** (Barcelona). **Keuchhustenartiger Husten infolge eines Nasenpolypen. (Tos coqueluchoide debida á un polipo nasal.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades del oido. Januar-März 1908.*

Bericht über einen Fall. TAPIA.

43) **Lennhoff** (Berlin). **Modification des Polypenschnürers.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

An dem bekannten Polypenschnürer von Krause bringt der Verf. unterhalb der Durchbohrung für den Schlingendraht eine kleine Platte an, die sich an die Drahtschlinge anlegt und sie immer in derselben Ebene einstellt. Auf dem Schlingenführer sind ausserdem Theilstriche angebracht, um bei Benutzung abgepasster Schlingen auch ausserhalb der Nase am Griffe controliren zu können, wie weit die Schlinge zugezogen ist. ALBANUS (ZARNIKO).

44) Delie. **Angiomatöses Fibromyxom bei einem 60jährigen Manne. (Fibromyxeme angiomateux chez un homme de 60 ans.)** *Archives internat. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Der Tumor blutete bei der leisesten Berührung. Eine Operation unter Chloroformnarkose wollte Patient nicht zulassen. Um die Operation per vias naturales ausführen zu können, injicirte Delie in den Tumor wiederholt eine 6proc. H_2O_2-Lösung, die auf 1g je 2 Tropfen einer 1prom. Adrenalinlösung enthielt. Ein Theil des Tumors gangränirte, die intranasale Exerese gelang fast ohne die geringste Blutung.

LAUTMANN.

45) **F. Auerbach** (Detmold), **Adenome der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 67. 1908.*

Krankenbeschreibung und Histologie dreier selbst beobachteter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

46) **Federico Brunetti. Beitrag zum Studium der Gefässtumoren der Nasenhöhle. (Contributo allo studio dei tumori vascolari delle fosse nasali.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoitrica di Roma. 1909.*

Nach einer kritisch-literarischen Einleitung beschreibt Verf. ein „Fibroangiom mit einer Zone myxomatöser Degeneration an der Peripherie" bei einer 43jährigen Frau. DerTumor ging von der unteren Muschel aus und erstreckte sich nach hinten bis zur Choane. Operation von aussen mit gutem Erfolge.

FINDER.

47) **J. Wishart. Maligne Nasenerkrankungen. (Malignant diseases of the nose.)** *The Canada Lancet. August 1909.*

Verf. berichtet über 7 Fälle. Bei Sarkomen sind die Anwendung des Coley-schen Serums und die Radicaloperation die einzigen möglichen Methoden. Er hat weder von der einen, noch von der anderen ausgesprochenen Erfolg gesehen.

EMIL MAYER.

48) **Edgar M. Holmes. Maligne Nasenerkrankung. (Malignant disease of the nose.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Aus den mitgetheilten Fällen geht hervor, wie ausgesprochen bei den malignen Nasenerkrankungen die Tendenz ist, rasch Fortschritte zu machen, in das Siebbein resp. Keilbein einzudringen und zu zerfallen.

Sehr oft kommt es vor, dass Tumoren, die klinisch den Eindruck der Malignität machen, von den Pathologen für gutartig erklärt werden. EMIL MAYER.

49) **Gaetano Paludetti. Sarkome der Nasenhöhlen und ihre chirurgische Behandlung. (Sarcomi delle fosse nasali e loro trattamento chirurgico.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Nach einer sehr ausführlichen Schilderung des klinischen Bildes, Verlaufs etc. der Nasensarkome berichtet Verf. über fünf von Ferresi operirte Fälle, darunter über einen — recidivirendes Sarkom des Septum — sehr eingehend. Es wurde die Moure'sche Methode befolgt Verf. schildert deren Vorzüge und erörtert die Indicationen und Contraindicationen der Operation. FINDER.

50) **Alfred Denker** (Erlangen). **Die operative Behandlung der malignen Tumoren in der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 1. 1908.*

Verf. hat vor 2 Jahren ein Verfahren publicirt, bei dem nach subperiostaler Freilegung der Skelettheile die ganze faciale und mediale Kieferhöhlenwand, sowie ein Theil des Nasenbeins und des Processus nasalis des Oberkiefers dauernd resecirt wird (siehe Archiv für Laryng. Bd. XVII, Heft 2).

Nach Mittheilung eigener und fremder Erfahrungen, fasst Verf. die Vorzüge seines Verfahrens in folgen Sätzen zusammen:

1. Unsere Methode gestattet in gleicher Weise wie die angegebenen nasalen, facialen und die übrigen Verfahren die breite und übersichtliche Freilegung des Ursprungs- und Ausbreitungsgebietes der Geschwulst in der Nase und ihren Nebenhöhlen; sie erfüllt demnach die Hauptforderung, die bei der Exstirpation maligner Tumoren grundsätzlich gestellt werden muss.

2. Eine Continuitätstrennung der äusseren Haut wie bei allen nasalen und facialen Methoden findet nicht statt; da auch durch die Fortnahme der Skeletttheile durchaus keine Entstellung des Gesichts bewirkt wird, so ist das kosmetische Resultat ein geradezu ideales.

3. Das Herunterfliessen grösserer Blutmengen lässt sich bei unserem Verfahren fast sicher vermeiden; es ist dies besonders den sehr blutigen oralen Methoden von Chalot, Partsch und Kocher gegenüber zu betonen, die im übrigen in kosmetischer Beziehung auch gute Resultate geben. In Folge der bei unserem Eingriff viel geringeren Gefahr der Respirationspneumonie kann die prophylactische Unterbindung der Carotis und die Präventivtracheotomie in Wegfall kommen; die durch die Operation an sich bedingte Mortalität dürfte eine sehr geringe sein.

4. Die Nachbehandlung ist ausserordentlich einfach; der Heilungsverlauf in der Regel glatt; gewöhnlich können die Patienten 10—14 Tage nach der Operation aus der klinischen Behandlung entlassen werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **Ernst Gerst** (Nürnberg). **Zur Kenntniss der Erscheinungsformen der Nasentuberculose.** (Aus der Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke am Allerheiligen-Hospital zu Breslau, Prof. Dr. Brieger.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 309. 1908.*

Im Verlauf der Untersuchungen hat sich ergeben, dass zwischen dem klinisch normalen Verhalten der Schleimhaut und der in der Form der Tumorbildung sich manifestirenden Proliferation tuberculösen Gewebes ein Stadium der tuberculösen „Infiltration" der Nasenschleimhaut bestehen kann, welches in dieser Form lange sich erhalten kann und selbst Jahre hindurch über diese klinische Latenz nicht hinauszukommen braucht. Diese „infiltrativen" Formen sind keineswegs seltene Ausnahmen. Klinisch-rhinoskopisch erlangt man durch die Anämisirung und den Nachweis verminderter Resistenz der Schleimhaut gegen leichten Sondendruck relativ häufig einen Hinweis auf die richtige Diagnose. Sicher wird sie allerdings in jedem Falle erst durch Probeexcision und histologischen Nachweis.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **Chavanne. Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhlen.** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 8. Tome XXXV.*

Patientin, 60jährig, klagt über rechtsseitige Nasenverstopfung seit $1^1/_2$ Jahren. Seit 6 Monaten ist die linke Nasenseite ebenfalls verstopft. Aeusserlich ist die Nase und Gesichtshaut normal, keine Zeichen von Lupus. Auf der knorpeligen Nasenscheidewand findet sich ein röthlicher Tumor von Haselnussgrösse, von elastischer Consistenz, mit leicht höckeriger Oberfläche, leicht blutend bei Berührung. Links sitzt ein ähnlicher Tumor ebenfalls auf der knorpeligen Nasenscheidewand, doch ist seine Farbe perlmutterartig und blutet er leicht auf Berührung. Sonst nichts Pathologisches an der Nase (keine Lupusknötchen, keine Ozaena, keine Geschwüre), desgleichen ist der Nasenrachenraum normal. Galvanokaustische Abtragung. Histologische Untersuchung ergiebt, dass es sich um eine Tuberculose handelt (Ansammlung von epitheloiden Zellen und vielfachen Riesenzellen, vielfach neue Gefässe; kein käsiger Zerfall, keine Bacillen). — Die Patientin hat noch andere tuberculöse Antecedentien.

LAUTMANN.

53) **A. Avsarkissoff. Pathologisch-anatomische Studien zur Genese der Coryza syphilitica.** *Dissert. Berlin 1908.*

Das Material bestand aus Todtgeburten aus der Stadt und aus klinischen Fällen; bei den ersteren war es nur selten möglich, genauere anamnestische Erhebungen auszustellen. Unter 20 Fällen fand A. bei 14 in der Nasenschleimhaut Spirochaeten (70 pCt. positive Resultate); bei den übrigen 6 waren die Spirochaeten nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Bei der histologischen Untersuchung der Nasenschleimhaut wurde Wucherung des Bindegewebes, besonders ausgesprochen an der unteren und mittleren Muschel, constatirt; im ferneren Rundzelleninfiltration und Erweiterung der Blutgefässe. Die Wandungen der Blutgefässe waren im Allgemeinen normal.

Die Schleimhaut von lebend zur Welt gekommenen luetischen Kindern hatte Verf. nicht Gelegenheit zu untersuchen. Verf. vermuthet, dass bei diesen letzteren die Veränderungen der Nasenschleimhaut zum mindesten weniger ausgesprochen sind, da das Absterben der luetischen Kinder gerade auf besondere Intensität der luetischen Erkrankungen im Uterus schliessen lässt.

Eine genaue Untersuchung des Schleimhautepithels war nicht möglich, da die meisten Untersuchungsobjecte ausgeprägte Macerationserscheinungen aufwiesen.

OPPIKOFER.

54) **Cassel** (Berlin-Wilmersdorf). **Gefahren der Syphilisübertragung in modernen Säuglingsstationen.** *Archiv f. Kinderheilkunde. 50. 1909.*

Nach seinen in den letzten Jahren darauf besonders gerichteten klinischen Beobachtungen kommt Cassel zu dem Schluss, dass das Fehlen der Rhinitis syphilitica, vorausgesetzt, dass die Krankheit sehr früh entdeckt und alsbald energisch behandelt wird, weit häufiger notirt werden kann, als bisher angenommen wurde.

SEIFERT.

55) **Bord. Die secundäre Syphilis der Nasenhöhlen. (La syphilis secondaire des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1909.*

Verf. hält bei secundärer Syphilis Manifestationen in der Nase für sehr

häufig, bei circa 70 pCt. der Kranken, besonders bei jugendlichen Individuen. Am Naseneingang haben sie den Charakter des Hautsyphilids mit Neigung zur Krustenbildung.

Auf der Schleimhaut können folgende Erscheinungen auftreten: 1. einfacher entzündlicherZustand, gewöhnlich auf die untere Muschel beschränkt. 2. Erythem. 3. Erosion am vorderen unteren Theil der Scheidewand. 4. Ulcerirtes Syphilid, das man mehr der Tertiärperiode zurechnen muss.

A. CARTAZ.

56) **H. Danga. Ueber die einem Lupus gleichende Nasensyphilis. (Des syphilides lupiformes du nez.)** *Dissert. Paris 1907.*

Es giebt Fälle tertiärer Nasensyphilis, die leicht mit Lupus verwechselt werden können: 17 Krankengeschichten aus der Klinik von Professor Gaucher. In zweifelhaften Fällen empfiehlt D. gleichzeitige Behandlung mit Quecksilber und Jodkali; der Verf. sollte vor allem auch die Probeexcision erwähnen.

OPPIKOFER.

57) **Pasternak. Zur Casuistik der Nasenlues. (K kasuistike nosowowa sifilisa.)** *Jeshemesjasschnik. No. 4. 1908.*

Auf dem Septum fand sich eine doppelseitige Schwellung, welche auf specifische Behandlung sich verschlimmerte. Incision der Schwellung, Ausfluss von übelriechendem Eiter und Sequester. Guter Erfolg.

P. HELLAT.

58) **J. H. Abraham. Ein Fall von vernachlässigter Syphilis mit Zerstöstörung der Nase, Nasenhöhlen und Zunge. (A case of neglected syphilis and marked destruction of the nose, nasal cavities and tongue.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

59) **M. Cipolla. Ein schwerer Fall von Osteo-Periostitis gummosa der Nasenregion. (Un grave caso di osteo-periostite gummosa della regione nasale.)** *Riforma medica. 6. Januar 1908.*

23jährige Patientin, bei der vor 3 Jahren die ersten Erscheinungen an der Nase im Anschluss an ein Trauma auftraten. Sie wurde zuerst nur local, dann, als die syphilitische Natur der Affection erkannt war, antiluetisch behandelt, jedoch unvollkommen. Es finden sich jetzt Abflachung des oberen Theils der Nase, Zerstörung der Nasenflügel und der Oberlippe, Perforation des Gaumens und Verlust der Uvula.

FINDER.

60) **Finder** (Berlin). **Ueber den heutigen Stand der endonasalen Chirurgie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1908.*

Eine für den Praktiker ausgezeichnete Orientirung über das Thema. Der Autor betont gegenüber dem oft kritiklosen Operationsdrang einen bewussten und gut begründeten Conservativismus, sowohl bei endonasalen Eingriffen, Galvanocaustik und submucöser Septumresection, als bei Operationen der Nebenhöhlen von aussen.

ALBANUS (ZARNIKO).

61) **E. Kronenberg. Einige Bemerkungen über die Gefährlichkeit und Indicationen nasaler Operationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 157. 1909.*

In No. 23 der Münchener med. Wochenschrift hat Schwartze die Ansicht vertreten, dass operative Eingriffe in der Nase auch heute noch häufig unnütz ausgeführt werden und dann nicht selten zu schweren secundären Otitiden führen. Postoperative Meningitis sei jedenfalls nicht allzu selten. Es sollten chronische Nebenhöhleneiterungen nur dann operirt werden, wenn anhaltende kaum erträgliche Kopfschmerzen bestehen.

Gegen diese Aeusserungen von H. Schwartze wendet sich nun Kronenberg. Er befürchtet, dass die Aussagen eines so hervorragenden Ohrenarztes die operative Thätigkeit in der Rhinologie bei den practischen Aerzten in Misskredit bringen und protestirt deshalb gegen den zu conservativen Standpunkt von H. Schwartze und gegen seine ungnädige Beurtheilung der operativen Rhinologie.

OPPIKOFER.

62) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Frage der Blutstillung bei grosschirurgischen Nasenoperationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngol.-Rhinologie. Heft 8. 1909.*

Zur Einschränkung des Blutverlustes empfiehlt Löwe folgende 6 Maassnahmen:

1. Zur Allgemeinnarkose ein Mittel, das den Blutdruck möglichst herabsetzt, also Chloroform.
2. Hochlagerung des Kopfes bei der Operation.
3. Entsprechende Anwendung des Adrenalins, in physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, submucöse Injection in die Kieferhöhle nach Nager, des Ferneren auch in das Siebbeinlabyrinth.
4. „Innere Decortication“ der Schleimhaut.
5. Temporäre Compression der Arteria sphenopalatina. Durchführbarkeit und Technik wird auf Grund der anatomischen Verhältnisse erläutert.
6. Eventuell „Abnähverfahren“ nach Heidenhain oder „Abklemmverfahren“.

Die verschiedenen Methoden und Eingriffe werden eingehend erörtert.

HECHT.

63) **Hochenegg** (Wien). **Zur Therapie von Hypophysentumoren.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 100. 1909.*

Die 33 jährige Patientin (Akromegalie, Hemianopsie) wurde auf nasalem Wege unter temporärer Aufklappung der vorderen Stirnhöhlenwand mit Ausräumung der Stirnhöhle operirt, der Tumor konnte aber nicht nach oben abgegrenzt werden. Die Section zeigte, dass der Tumor die ganze Sella turcica erfüllte, in das linke Stirnhirn eindrang und sich dicht bis zum linken Vorderhirn verfolgen liess.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

64) **v. Reuss** (Wien). **Ueber dermoide Erkrankungen der Parotis im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 70. 1909.*

Die vier mitgetheilten Fälle, Kinder von 4—16 Jahre betreffend, stellen chronische Parotiserkrankungen dar, welche die Eigenthümlichkeit hatten, in bald regelmässigen, bald unregelmässigen Intervallen zu exacerbiren, ohne dass es in den Zwischenzeiten zu völliger Rückbildung kam. In einem der Fälle fiel das Anschwellen zeitlich zusammen mit (offenbar auf Diätfehler zurückzuführende) Darmaffectionen, im anderen Falle mit der Menstruation.

SEIFERT.

65) **Eichhorst** (Zürich). **Ueber anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei acuter Quecksilbervergiftung.** *Med. Klinik. 45. 1909.*

Das Material zu der histologischen Untersuchung lieferte ein unter den Erscheinungen der acuten Quecksilbervergiftung gestorbenes 24jähriges Mädchen. Es ergab sich nur Hyperämie und Speichelstauung in den Speicheldrüsen, weitere anatomische Veränderungen liessen sich zunächst nicht nachweisen.

SEIFERT.

66) **W. C. Carpentier. Doppelseitige eitrige Parotitis als Complication von Typhus bei einem 11jährigen Knaben. (Double suppurative parotitis complicating typhoid in a boy eleven years old.)** *Journal of the American Medical Association. 26. December 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

67) **G. W. Boot. Nicht-eitrige Labyrintherkrankung im Verlaufe von Mumps. (Non-suppurative involvement of the labyrinthe in the course of mumps.)** *Journal American Medical Association. 5 December 1908.*

Labyrintherkrankung ist eine sehr ernste Complication des Mumps; da eine Therapie nur in den ersten Anfängen wirksam sein kann, so soll eine solche frühzeitig und energisch eingeleitet werden.

EMIL MAYER.

68) **F. Waldmann** (Budapest). **Fall von spontan entleerten Speichelsteinen.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Bei einem 62 Jahre alten Manne entleerten sich nach spontanem Durchbruch der submaxillaren Drüse ein kleiner Stein und mehrere ganz kleine Steinkrümelchen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

69) **George A. Henndon. Krebs der Parotis. (Cancer of the Parotid Gland.)** *Southern Medical Journal. März 1909.*

Bericht über 5 neue Fälle.

EMIL MAYER.

70) **Jacques. Pathologie und Behandlung der Angina Ludovici. (Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Im Anfang ihrer Existenz ist die Angina Ludovici eine Infection des oberhalb des Mylohyoideus befindlichen weitmaschigen Zellgewebes. Zu dieser Zeit findet

man vom Mundboden aus einen sublingualen Tumor. Die Behandlung ist zu dieser Epoche noch aussichtsvoll und besteht in der galvanocaustischen Eröffnung der Eiteransammlung von der Mundhöhle aus. Die Angina Ludovici ist in erster Linie eine Mundkrankheit, was Eingangspforte, erste Symptome und Behandlung betrifft.

LAUTMANN.

71) **R. Arima** und **T. Ishii** (Osaka). **Beiträge zur bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Kenntniss der Noma.** *Centralbl. f. allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. XX. Heft 14. 31. Juli 1909.*

In zwei klinisch als auch pathologisch-anatomisch festgestellten Fällen von Noma konnten Verf. einen eigenthümlichen grossen Bacillus constatiren, welcher sich durch die Silbermethode am besten nachweisen liess. Nach Ansicht der Verff. hat dieser Bacillus eine causale Bedeutung für die Noma, weil er 1. sich hauptsächlich in dem tiefliegenden Theile des Herdes allein in grossen Massen entwickelt und weil er 2. immer mit grosser Vorliebe die Gefässe angreift.

FINDER.

72) **Chalier** (Lyon). **Grosse seitliche Dermoidcyste des Mundbodens. (Volumineux kyste dermoide latéral du plancher buccal.)** *Lyon Médical. 19. September 1909.*

Es handelte sich um eine ursprünglich über dem Zungenbein gelegene Cyste, die sich dann aber auch sowohl ober- wie unterhalb der Zungenbasis vorfand. Die Haut der betroffenen Region ulcerirte zweimal und liess eine milchige Flüssigkeit austreten. Die Fisteln schlossen sich übrigens sehr schnell wieder.

GONTIER de la ROCHE.

73) **Jules Bosuriel** (Paris). **Die Pseudo-Talgcysten des Pharynx. (Les kystes pseudo-sébaces du pharynx.)** *La Clinique. 16. Juli 1909.*

Die Affection ist sehr selten, da die Talgdrüsen am Lippensaum aufhören. Sie kennzeichnet sich durch das Auftreten von kleinen gelblichen Erhabenheiten auf dem Gaumensegel, Uvula und Gaumenbögen; sie können die Grösse einer Linse erreichen.

GONTIER de la ROCHE.

74) **R. Kaul. Ueber Papillome des weichen Gaumens.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Mittheilung der diesbezüglichen Literatur und Wiedergabe einer eigenen Beobachtung mit genauem mikroskopischen Befunde.

OPPIKOFER.

75) **F. Bastgen. Ueber die behaarten Rachenpolypen.** *Dissert. Giessen 1908.*

Der behaarte Rachenpolyp, über den Verf. berichtet, wurde bei einem neugeborenen Mädchen beobachtet. 8 Stunden nach der normal verlaufenen Geburt stellte sich ganz unerwartet ein Erstickungsanfall ein. Es fand sich ein Polyp von glatter Oberfläche und weisser Farbe hinter der Uvula, in den Pharynx herunterhängend. Der genauere Sitz war nicht festzustellen. Hervorziehen des Polypen und Abtragen mit der Scheere nach Unterbinden des Stieles. Der Ueberzug des 21 mm langen und 13 mm breiten Tumors bestand aus Cutis mit Papillen, Haaren, Talg- und Schweissdrüsen, während sich die Hauptmasse aus Fett, Binde-

gewebe mit elastischen Fasern, zwei hyalinen Knorpelkernen und quergestreiften Muskelfasern zusammensetzte.

B. fand in der Literatur 27 Fälle von behaarten Rachenpolypen und giebt über diese eine tabellarische Uebersicht.

OPPIKOFER.

76) **v. Beesten** (Schandau). **Rachengeschwulst.** *Centralblatt f. Chirurgie. 43. 1909.*

Bei einem 37jährigen Manne wurde eine etwa faustgrosse Geschwulst, die fast den ganzen Mund ausfüllte, entfernt. Die Geschwulst ging von der rechten Seite des Gaumens aus und erwies sich als ein hartes Fibrom.

SEIFERT.

77) **Pevel** und **Rasin. Wangentumor. (Tumeur de la joue.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. März 1909.*

Beobachtung eines 64jährigen Mannes, der seit 10 Jahren infolge eines Traumas eine Schwellung der Wange zeigt. Diese Schwellung entleert von Zeit zu Zeit in die Mundhöhle und die Nase eine schwärzliche Flüssigkeit. Untersuchung der Nase ist negativ. Es handelt sich um die Frage, ob eine Cyste der Oberkieferhöhle oder eine Knochenneubildung infolge Trauma vorliegt.

GONTIER de la ROCHE.

78) **J. Breuer. Ein Beitrag zur Casuistik der wegen maligner Tumoren ausgeführten Unterkieferresectionen.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Um bei Unterkieferresectionen ein Abweichen des zurückgebliebenen Theiles des Unterkiefers nach der resecirten Seite zu verhindern, empfiehlt B. die Anwendung der Fritzsche'schen Zinnprothese (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 61).

OPPIKOFER.

79) **Massei. Syphilis und die malignen Tumoren des Rachens. (La syphilis et les tumeurs de mauvaise nature de la gorge.)** *Archives intern. de laryngol. Tome XXVIII. No. 5.*

Französische Uebersetzung des auf dem Budapester Congress in italienischer Sprache verlesenen Vortrages.

LAUTMANN.

80) **W. Kohl. Zur Kenntniss der Sarkome des untersten Pharynxabschnittes.** *Dissert. Greifswald 1908.*

K. giebt eine Literaturübersicht und theilt dann eine eigene Beobachtung eines gestielten Spindelzellensarkoms des Hypopharynx mit. Der 19jährige Knecht ist 3 Jahre nach der Operation (seitlicher Halsschnitt und Spaltung der Schleimhaut) gesund geblieben.

OPPIKOFER.

81) **B. Dollinger** (Budapest). **Die Kuhn'sche perorale Intubation bei der Entfernung von Geschwülsten der Mundhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1909.*

In einem Falle hat sich das Verfahren gut bewährt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

d. Diphtherie und Croup.

82) **E. E. Wuttke. Eine klinische und bakteriologische Studie über 41 aufeinander folgende Fälle von Diphtherie. (A clinical and bacteriological study of 41 consecutive cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. September 1909.*

Dreizehn Fälle zeigten typische Pseudomembranen, bei 28 Fällen waren zu keiner Zeit Membranen sichtbar; in den letzteren waren die Bacillen kleiner als in den ersteren und sie verliefen milder und reagirten prompt auf Antitoxin. In allen Fällen wurde so früh wie möglich 4000 I.-E. Antitoxin injicirt, was in zwei vorgeschrittenen Fällen zweimal wiederholt wurde. In allen Fällen trat prompt Heilung ein. Bei 45 der Infection ausgesetzten Personen wurden prophylactisch 1000 I.-E. injicirt; keiner von ihnen wurde krank. In 20 pCt. der Fälle trat nach dem Serum eine Urticariaeruption auf. LEFFERTS.

83) **F. Kaulbach. Zur Frage der Pseudodiphtheriebacillen.** *Dissert. Berlin 1908.*

Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen sind bisher in manchen Fällen weder durch die Cultur, noch durch den Thierversuch genügend sicher zu trennen. Dies gelingt aber stets durch ihr specifisches Verhalten gegenüber den durch sie gebildeten Antikörpern. In dieser Hinsicht lässt sich die Agglutination für die Praxis diagnostisch verwerthen bei Benutzung eines entsprechenden hochwerthigen Serums. Dies specifische Verhalten zeigt einwandfrei, dass es sich um zwei verschiedene Arten handelt. Es scheint, als ob diese Verschiedenheit sich auch im Verhalten auf Traubenzuckernährböden zeigt, was jedoch erst noch weiter zu prüfen ist. Es wäre das sehr willkommen zur Klarstellung vereinzelter unsicherer Fälle, namentlich so lange es ein Agglutinationstrockenserum für Diphtherie im Handel noch nicht giebt. Im Uebrigen reicht jedoch für die ausserordentlich überwiegende Mehrzahl der Fälle die heute übliche Art der Untersuchung (Löfflerplatte, Neisserfärbung) zur sicheren Diagnose völlig aus. OPPIKOFER.

84) **A. T. H. Said. Die Diagnose der Diphtherie. (The diagnosis in diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1909.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose aus dem klinischen Bilde allein. In Fällen, die klinisch ganz den Eindruck der Angina follicularis machten, fanden sich Diphtheriebacillen und bei Fällen mit Membranen auf Uvula, Gaumen und Pharynx blieb das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung in Bezug auf Diphtheriebacillen negativ und es fanden sich nur Streptokokken. Verf. räth, in allen zweifelhaften Fällen eine Injection von 4000 I.-E. Antitoxin zu machen.

A. J. BRADY.

85) **Brüstlein** (Bern). **Ueber die Beziehungen des nach Ehrlich'scher Methode bestimmten Antitoxingehaltes des Diphtherieserums zu dessen Heilwerth.** (Aus dem Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten der Universität Bern.) *Dissert. Bern 1909.*

Die hauptsächlichsten Schlüsse: In den sorgfältig ausgeführten Versuchs-

reihen haben sich constant die Sera, welche, nach Ehrlich's Methode ausgewerthet, geringen Antitoxingehalt hatten, als schwächer wirksam im Heilversuch erwiesen, als diejenigen Sera, die als hochwerthig bezeichnet werden mussten. Die Heilkraft des hochwerthigen Diphtherieserums ist nicht nur absolut, sondern auch relativ grösser als diejenige des niedrig gewertheten Serums. Es sind daher auch in Zukunft Diphtheriekranke mit möglichst hochwerthigem Serum zu behandeln.

JONQUIÈRE.

86) **J. Boros** (Szeged, Ungarn). **Mittels Plastik geheilter Fall von postdiphtheritischer Trachealstenose.** *Orvosi Hetilap. No. 38. 1909.*

Die Haut des Halses wurde beiderseits dem Ringknorpel angenäht, Kehlkopf und Luftröhre tamponirt und offene Wundbehandlung eingeleitet. Später Dilatation mit Sonden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **Walter A. Wells. Ueber die verschiedenen Stimmstörungen und ihre locale Ursache. (On the various affections of the voice and their local causation.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Stimmstörungen sind auf folgende drei Ursachen zurückzuführen:

1. Dynamische Veränderungen; die pathologischen Ursachen haben ihren Sitz in der Lunge.

2. Veränderungen in der Tonhöhe; die pathologischen Ursachen sitzen im Kehlkopf.

3. Veränderungen im Timbre; die pathologischen Ursachen sitzen in den Resonanzräumen.

Verf. bespricht die einzelnen pathologischen Veränderungen der Reihe nach.

EMIL MAYER.

88) **E. W. Scripture. Die Stimme der Epileptischen. (The epileptic voice.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Eine weitere Folge der vom Verf. über diesen Gegenstand gemachten Beobachtungen (cfr. Centralblatt 1908, S. 308). Die eigenthümliche Stimme findet sich in jedem Fall von Epilepsie, ob er frisch oder alt, leicht oder schwer, behandelt oder unbehandelt sei. Der Patient ist sich selbst ihrer nicht bewusst; die Stimme kann nicht von einer gesunden Person mit Erfolg nachgeahmt werden. Ein geübtes Ohr kann die Stimme sofort von der bei anderen Nervenkrankheiten unterscheiden. Verf. nimmt eine anatomische Ursache für die Erscheinung an.

LEFFERTS.

89) **L. G. Parsons** (London). **Idioglossie und deren Beziehung zu anderen Sprachfehlern. (On Idioglossia and its relationship to other defects of speech.)** *Birmingham Med. Rev Juli 1909.*

In dieser sehr interessanten Arbeit wird eine Sprachstörung besprochen, die darin besteht, dass das Kind, unfähig, gewisse Silben seiner Muttersprache auszusprechen, diese durch solche seiner eigenen Erfindung ersetzt. Die beste Behandlung besteht darin, das Kind aus seiner gewohnten Umgebung herauszubringen

in eine Schule oder in eine Anstalt, wo es nach der im Taubstummenunterricht angewandten Methode sprechen lernt. Die Prognose ist bei Fehlen von geistigen Defecten gewöhnlich gut.

JAMES DONELAN.

90) **Herm. Gutzmann** (Berlin). **Rhinolalie und Rhinologie.** *Vortrag, gehalten auf der Otologischen Section des XVI. Internationalen Congresses in Budapest.*

Mehrfach ist Vortragender vor die Frage gestellt worden, ob die bei angeborenen Gaumenspalten oder angeborener Gaumeninsufficienz so häufig vorhandenen adenoiden Vegetationen aus Rücksicht auf die in Folge eines gleichzeitig bestehenden Mittelohrkatarrhs vorhandene Schwerhörigkeit entfernt werden dürfen oder nicht. Es ist leider nicht allgemein bekannt, dass ein grosser Theil des guten sprachlichen Erfolges bei angeborenen Gaumenspalten nicht nur von der guten Operation, sondern oft genug von dem Vorhandensein adenoider Vegetationen abhängt, und dass ein gutes sprachliches Resultat, das mit vieler Mühe erreicht wurde, durch die unüberlegte Herausnahme der adenoiden Vegetationen zerstört werden kann. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der verengten Nase, die ebenfalls ein fast regelmässiger Nebenbefund der Gaumenspalten ist. (Besonders starke Vergrösserung der unteren Muscheln nach hinten).

Man kann nicht daran zweifeln, dass in den genannten Fällen die adenoiden Vegetationen eine physiologische Function ausüben; sie erleichtern den zum normalen Sprechen nöthigen Nasenrachenverschluss.

Ferner hat Vortragender mehrfach folgende Erfahrung gemacht: einem mässig nasal sprechenden Kinde wurden die adenoiden Vegetationen herausgenommen in der Hoffnung, dass die Rhinolalie, deren Charakter unbestimmt gelassen wurde, nach der Herausnahme verschwinden würde. Der Erfolg war den Erwartungen nicht entsprechend: das Näseln wurde nach der Operation ärger als zuvor.

Die eigentliche Ursache des operativen Misserfolges, ja der operativen Schädigung liegt darin, dass die Art und Form der Rhinolalie vom Operateur entweder verkannt oder überhaupt nicht gewürdigt wurde.

Gewöhnlich werden nur zwei Formen der Rhinolalie unterschieden: die Rhinolalia clausa und die Rhinolalia aperta. Aber schon diese Formen werden, wie Vortragender oft gesehen hat, nicht immer gut und scharf auseinandergehalten. Für eine exacte Indicationsstellung ist aber eine weit feinere Unterscheidung der Rhinolalien nothwendig.

Wir unterscheiden jetzt folgende Formen:

I. Rhinolalia clausa, verstopftes Näseln.

a) Rhinolalia clausa anterior, Sitz der Verstopfung in der Nasenhöhle, also stets organischer Aetiologie; operative Indication gegeben.

b) Rhinolalia clausa posterior

α) organica: Sitz der Verstopfung im Nasenrachenraum, adenoide Vegetationen, Verwachsungen des Velum mit dem Pharynx etc. Operative Indication;

β) functionalis: (Dyslalia palatina clausa, Uranolalia clausa): Dauernde Contraction des Velum beim Sprechen. Es fehlt das abwechslungsreiche Spiel des Velum bei der normalen Sprache. Von Sänger werden diese Fälle als „perverse Action" das Velum bezeichnet, nicht ganz richtig, da bei vollkommener

Perversität das Velum bei den Nasenlauten schliessen und bei den Orallauten geöffnet bleiben müsste. Hier ist jeder Eingriff in Nase oder Rachen überflüssig und zwecklos, dagegen ist der Sprachfehler durch Uebung leicht zu beseitigen.

II. Rinolalia aperta: offenes Näseln.

a) Rhinolalia aperta organica (Dyslalia palatina aperta, Uranolalia aperta).

Hier handelt es sich entweder um angeborene Spalten oder angeborene Insufficienz des Gaumensegels in Folge von Verkürzung oder Lähmung der Theile (nach Diphtherie). Auch die angeborene Schwäche der Articulationsmuskeln, wie wir sie oft bei Imbecillen und Idioten vorfinden, verursacht derartiges Näseln.

Bei Spalten ist die Indication zur Operation ohne weiteres gegeben, bei Verkürzung könnten Paraffininjectionen in die hintere Rachenwand oder die Anlegung einer Prothese angewendet werden.

b) Rhinolalia aperta functionalis:

1. congenita: Die Kinder haben zwar kein gelähmtes Velum, verstehen es aber in der sprachlichen Coordination nicht zu gebrauchen.

2. In Folge schlechter Gewohnheit, durch Nachahmung (z. B. bei normalen Geschwistern von Kindern mit angeborener Spalte).

3. Nach Operation der adenoiden Vegetationen. Diese Form kommt oft vor, nicht nur in Folge Zerrung der Theile, sondern weil die Patienten, da die adenoiden Vegetationen schon mehr als genügend Abschluss machten, das Velum nicht mehr gebrauchten, resp. den Gebrauch der Velumcontraction verlernt hatten. Nach Herausnahme der Adenoiden entsteht dann unmittelbar ein sehr starkes offenes Näseln, das nur durch Uebung zu beseitigen ist. Manche Kinder haben beim Sprechen das Velum dauernd contrahirt gelassen, was nach der Operation der Adenoiden natürlich beibehalten wird, so dass auch bei vollständiger Herausnahme der obturirenden Theile die Rhinolalia clausa bestehen bleibt (Rhinolalia clausa functionalis).

4. Hierher gehören auch die Fälle, bei denen nach Diphtherie in Folge der Gaumenlähmung zunächst eine Rhinolalia aperta organica entstand, bei denen aber nach Wiederherstellung der Velumbeweglichkeit die Function beim Sprechen nicht mehr ausgeübt wird, da sich das Kind an das Näseln gewöhnt hat. So wird die Rhinolalia aperta organica zur Rhinolalia aperta functionalis durch Autoimitation.

III. Rhinolalia mixta.

a) Rhinolalia mixta anterior. Verstopfte Nase, offener Velumschluss. Findet sich sehr oft bei angeborenen Gaumenspalten. Gerade hier kann ein Zuviel in der Beseitigung der Verengerung der Nase sehr viel Schaden für die Sprache stiften.

b) Rhinolalia mixta posterior — adenoide Vegetationen — offener Velumschluss. Ebenfalls bei angeborenen Gaumenspalten und angeborener Insufficienz des Velum.

Da oft die Verlegung der Tubenöffnung durch die adenoiden Vegetationen das Gehör bedroht und andererseits die adenoiden Vegetationen eine physiologische Function ausüben, indem sie den Velum-Pharynxschluss wesentlich erleichtern, so schlägt Verf. vor, dass eine partielle Entfernung der adenoiden Vegeta-

tionen in derartigen Fällen von den Rhinologen in's Auge gefasst werden möge.

Ausser den genannten Formen der Rhinolalie giebt es noch mannigfache Mischformen. Auch ist es gut zu wissen, dass ausser allgemeinem Näseln auch partielles Näseln vorkommt, das sich nur bei einzelnen Lauten geltend macht, z. B. bei den S-Lauten: Sigmatismus nasalis, ferner bei den Verschlusslauten p, t, k u. s. w. Derartiges partielles Näseln giebt niemals — wenigstens nach den bisherigen Erfahrungen — eine operative Indication, lässt sich aber durch rationelle Uebung leicht beseitigen.

Zum Schluss macht Vortragender auf die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Rhinolalie aufmerksam. So ist Rhinolalia clausa von Rhinolalia aperta im Zweifelsfalle sehr leicht zu unterscheiden, wenn man einen Vocal z. B. „i" abwechselnd mit offener und mit verschlossener (durch Daumen und Zeigefinger) Nase sagen lässt. Ein starker Klangunterschied zeigt sich nur, wenn offenes (oder gemischtes) Näseln vorhanden ist. Vortragender verweist ferner auf die mannigfachen Methoden der Inspection (Spiegeldurchschlag nach Czermak), Auscultation (Hörschlauch nach Gutzmann), Palpation (Vibriren der Nasenwand) und die exacte graphische Methode. AUTOREFERAT.

91) **Scherb** (Algier). **Kehlkopf- und Respirationsstörungen und Cardiophrenoptose. (Troubles laryngés et respiratoires et cardiophrenoptose.)** *Presse médicale. 4. September 1909.*

Bei einem Kirchensänger stellten sich plötzlich Stimmstörungen ein; jeden Abend um 4 Uhr trat eine Art Krisis auf, während deren Patient nur mit geflüsterterter und gepresster Stimme sprach; gleichzeitig bestanden Athemstörungen und eine eigenthümliche Art von Angina pectoris. Es handelte sich dem Anschein nach um eine Psychasthenie. In Wirklichkeit handelte es sich um Störungen, die vom Intestinum herrührten und durch eine Ptosis des Herzens und des Zwerchfells bedingt wurden. GONTIER de la ROCHE.

92) **H. E. Kanasugi** (Tokio). **Phonation nach Durchtrennung des Gehirnstammes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 334. 1908.*

Verf.'s an Hunden ausgeführte Experimente — ihre Zahl ist 10 — haben gezeigt, dass die Läsion des Thalamus opticus, des Pedunculus cerebri die Phonation nicht aufhebt; die Durchtrennung des Gehirnstammes in der Höhe des vorderen Vierhügels und in der Höhe des hinteren Vierhügels hatte die Stimmbildung in keiner Weise beeinflusst, ebensowenig die Durchschneidung des Bodens der vierten Gehirnkammer hinter den Corpora quadrigemina posteriora.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **Hopmann** (Köln). **Stimm- und Sprechübungen nach Kehlkopfausrottung.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 99. 1909.*

Bei einem Patienten musste wegen hochgradiger luetischer Kehlkopfstenose der Larynx exstirpirt werden, wobei die Epiglottis erhalten werden konnte. Durch systematische Stimm- und Sprechübungen gelang es, dem Patienten wieder eine Sprache zu schaffen, mit deren Hilfe er sich mit seiner nächsten Umgebung verständigen konnte. SEIFERT.

94) **Eckert** (Berlin). **Die Behandlung der Keuchhustenkrämpfe mittels Lumbalpunction und Uebergiessungsbädern.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1909.*

Die Complication des Keuchhustens mit allgemein eklamptischen Krämpfen wurde bisher in der Heubner'schen Kinderklinik durch entsprechende diätetische Maassnahmen, narkotische Mittel und kalte Uebergiessungen behandelt. Die in einem relativ grossen Procentsatz letal verlaufenden, derartig complicirten Fälle liessen pathologisch-anatomisch nur ein ziemlich starkes Oedem der Hirnhäute und Hirnsubstanz ohne jegliche Läsionen auffinden. Autor versuchte nun durch Lumbalpunction die Resorption des Hirnödems zu begünstigen und berichtet in extenso über 4 schwere einschlägige Fälle, deren Sopor durch Lumbalpunction und nachfolgende kalte Uebergiessungen unterbrochen werden konnte, so dass die Kinder wieder Nahrung zu sich nehmen und am Leben erhalten werden konnten. Autor glaubt den Erfolg dieser Therapie damit erklären zu können, dass durch die Lumbalpunction eine Entspannung der Hirnhäute und damit günstigere Resorptionsverhältnisse geschaffen werden; durch die kalten Uebergiessungen werden kräftige Inspirationsbewegungen angeregt, die durch Ansaugung des venösen Blutstromes das Verschwinden des Oedems in wirksamster Weise befördern. Lumbalpunction und Uebergiessungsbäder heilen die Krämpfe an und für sich nicht, aber sie lassen uns Zeit gewinnen, um durch diätetische Maassnahmen und eine intensive symptomatische Therapie ihre Wiederkehr zu verhindern.

HECHT.

95) **P. Hellat. Erstickung oder Herzparalyse? (Udnschemie ili paralitsch serdza?)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. p. 310. 1908.*

Mittheilung eines Falles von Larynxcarcinom, der im Empfangszimmer des Autors plötzlich starb, bevor er untersucht worden war. Sofortige Tracheotomie und künstliche Athmung blieben erfolglos, woraus geschlossen werden kann, dass es sich um eine Herzparalyse im Anschluss an eine plötzliche Athemnoth handelte.

AUTOREFERAT.

96) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Fall von Dyspnoe während des Schlafes.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Die Dyspnoe entstand auf die Weise, dass die Zungenbasis der hinteren Rachenwand eng anlag; als Ursachen werden vom Verf. hypertrophischer Nasenkatarrh und adenoide Vegetationen angegeben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

97) **Debove** und **Treinolières. Kehlkopfblutung im Verlauf einer Laennec'schen Cirrhose. (Apoplexie laryngée au cours d'une cirrhose de Laennec.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. April 1909.*

Bei einer 34jährigen Frau mit Ascites infolge Lebercirrhose trat plötzlich eine Kehlkopfblutung auf mit einer mehrere Monate danach anhaltenden Aphonie.

GONTIER de la ROCHE.

98) **J. Broeckaert** (Gent). **Zur Kenntniss der Veränderungen in den Kehlkopfmuskeln nach Durchschneidung des Recurrens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. theilt die Resultate, die er am Kaninchen erhielt, ausführlich — auch in photographischer Darstellung — mit.

Nach Recurrensdurchschneidung bilden sich die Veränderungen im Musc. externus ausserordentlich stark und schnell aus. Schon nach 2 Wochen ist ein Unterschied zwischen kranker und gesunder Seite zu erkennen. Nach 3 Monaten hat man den Eindruck einer fortwährenden Zunahme der Atrophie und zwar in allen Muskeln der durchschnittenen Seite. Jedenfalls überwiegen nie die regressiven Veränderungen im Posticus diejenigen in den übrigen Muskeln, während immer der M. externus am meisten der Atrophie anheimgefallen ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Grabower** (Berlin). **Ueber die Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln. Ein klinischer Beitrag.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall doppelseitiger Recurrenslähmung infolge Oesophaguscarcinoms, bei dem fast zu gleicher Zeit Abductoren und Adductoren geschädigt worden sind. Der gegenseitige Abstand der Stimmlippen betrug 4 mm. Dieser Zustand verharrte bis zum Lebensende des Patienten und war von viermonatlicher Dauer.

Die Veränderungen in Adductoren- und Abductorenmuskeln waren keine hochgradigen; es fanden sich neben atrophirten noch wohlgestaltete Muskelfasern mit allen Attributen der Arbeitsfähigkeit in grosser Zahl. An der Degeneration der Nerven, die trotz der relativ kurzen Zeit ausserordentlich hochgradig war, waren die Postici am meisten betheiligt. Verf. sagt, nicht biologische Unterschiede in den Muskeln sind die Ursache des Rosenbach-Semon'schen Gesetzes, sondern die absolut und relativ geringere Zahl der Nervenelemente im Posticus, welche bei gleichzeitig einsetzender Schädigung aller Recurrenszweige die Zweige zum M. posticus früher in ihrer Totalität zum Schwunde kommen lässt, als die weitaus zahlreicheren zu den Adductoren.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

100) **G. T. Ross. Stimmbandlähmung als erstes Zeichen einer Allgemeinerkrankung. (Paralysie laryngée premier symptôme d'un maladie générale.)** *Annales intern. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Mittheilung von 3 Fällen von einseitiger Stimmbandlähmung als erstes Symptom einer späteren Tabes. Die Fälle sind ganz oberflächlich mitgetheilt. Der Autor will zeigen, wie werthvoll die laryngologische Untersuchung für die allgemeine Praxis ist und ferner, dass einseitige Stimmbandlähmungen im Beginn der Rückenmarksschwindsucht keine Seltenheit sind. Letztere Behauptung ist doch nur mit Vorsicht annehmbar. Diese einseitigen Lähmungen sind wohl im Vorstadium der Tabes möglich, wie z. B. die bekannten vorübergehenden Abducenslähmungen, gewöhnlich aber entweder syphilitischer Natur oder durch das bei Tabikern nicht seltene Aneurysma bedingt. Das Gewöhnliche bei Tabes ist schon die beiderseitige Recurrenslähmung.

LAUTMANN.

101) **W. Schutter** (Groningen). **Nachtrag zu meiner Mittheilung über einen Fall von Larynxhemiplegie aus wahrscheinlich cerebraler Ursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 380. 1908.*

Verf. hatte Gelegenheit seinen im XI. Bande dieses Archivs veröffentlichten

Fall von Laryngohemiplegie 14 Jahre nach der ersten Untersuchung wiederzusehen. Während dieser Zeit hat sich das Bild nicht geändert, keine Spur von Atrophie ist am gelähmten Stimmband zu entdecken, weder laryngoskopisch noch elektrisch. Die Lähmung hält Verf. für eine cerebrale Larynxhemiplegie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Kanasugi** (Tokio). **Die Kehlkopfstörungen bei Beriberi.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Nach Schilderung des jetzigen Standes unserer Kenntnisse über Beriberi macht der Autor, der dieses Thema auf dem I. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress 1908 behandelt hat, Mittheilungen über Stimmbandlähmungen und Oedeme des Larynx bei dieser Erkrankung.

In einzelnen Fällen nimmt er die Stimmbandlähmung als Folge von Druckerscheinung durch Herzdilatation und Hydropericardium an, in anderen ist es noch unentschieden, ob eine entzündliche Polyneuritis oder toxische Degeneration die Ursache ist. Das Larynxödem ist als Stauungsödem zu erklären.

ALBANUS (ZARNIKO).

103) **Max Levy** (Charlottenburg). **Ein Fall von Vago-Accessoriuslähmung.** (Nach einer Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft im Februar 1908.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 194. 1908.*

Bei dem 39jährigen Patienten fanden sich folgende Symptome:

Typische Lähmung des Gaumensegels, Posticuslähmung und Lähmung des Sternocleido und des Cucullaris mit degenerativer Atrophie dieser Muskeln, sämmtliche Lähmungen auf die rechte Seite beschränkt.

Verf. nimmt an, dass an einer Stelle an der Basis cranii die in Frage kommenden Nervenäste so dicht bei einander und andrerseits von den übrigen Vagusästen so weit getrennt liegen, dass sie von einer Noxe gemeinsam getroffen werden können.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **Milian** (Paris). **Lateropulsion nach rechts und Lähmung des rechten Stimmbandes nach syphilitischer Bulbärerkrankung. (Lateropulsion droite et paralysie de la corde vocale droite par lésion syphilitique du bulbe.)** *Progrès Médical. 24. Juli 1909.*

Der vom Verf. beobachtete Symptomencomplex wurde bedingt durch eine Arteriitis syphilitica in der mittleren Partie des Bulbus. GONTIER de la ROCHE.

105) **J. W. Gleitsmann. Recurrens- und Posticuslähmung des Kehlkopfs. Einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Lähmungen centralen Ursprungs. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx. Introductory remarks on anatomy and physiology. Etiology of paralyses of central origin.)**

106) **D. Bryson Delavan. Die Aetiologie der Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs. (The etiology of paralysis of recurrent laryngeal nerves of peripheral origin.)**

107) **W. E. Casselberry. Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs. Diagnose und Behandlung. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx. Diagnosis and treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Vorträge gehalten auf der 30. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1908.

EMIL MAYER.

108) **Guder** und **Dufour** (Genf). **79 Fälle von Recurrenslähmung. (79 cas de paralysie récurrentielle.)** *Revue de Médecine. No. 4 u. 5. 10. April und 10. Mai 1909.*

Verff. begnügen sich nicht, eine Statistik ihrer Beobachtungen zu geben, sondern ziehen aus diesen bei gleichzeitiger Verwerthung der von andern Autoren gemachten Erfahrungen werthvolle Schlüsse in Bezug auf die Pathogenese und die semiologische Bedeutung der Recurrenslähmung.

Die Lähmung war 36 Mal eine linksseitige, 27 Mal rechtsseitig, 16 Mal doppelseitig; die Mehrzahl der Fälle betraf Männer und zwar zwischen 40 und 60 Jahren.

Die Ursache war: Sieben Mal Kropf, es handelte sich in diesen Fällen um incomplete Lähmung oder um Parese, selbst wenn die Compression schon lange bestanden hatte. Strumectomien waren 11 Mal die Ursache, meist infolge Durchschneidung des Recurrens; dies waren complete Lähmungen, die aber oft durch Compensation zur Heilung kamen.

Um Aortenaneurysmen handelte es sich 16 Mal; in 2 Fällen war nur das rechte Stimmband betheiligt. Wahrscheinlich war in diesen Fällen auch ein Aneurysma der A. subclavia vorhanden.

Oesophaguscarcinom war 7 Mal die Ursache, meist war hier das linke Stimmband gelähmt. In 3 Fällen waren die Erscheinungen von Seiten des Larynx denen von Seiten des Oesophagus um einige Monate vorausgegangen.

Lungencarcinom war 4 Mal Ursache der Lähmung meist infolge Druckes durch die erkrankten Drüsen; Lungentuberculose gleichfalls 4 Mal, sei es infolge Adenopathie, sei es infolge Pleuritis an der Spitze, besonders rechts, sei es infolge primärer Neuritis. Um Herzaffectionen handelte es sich 2 Mal infolge Compression durch den linken Vorhof.

Vier Mal lag Tabes der Lähmung zu Grunde und zwar konnte in einem Fall die Diagnose auf Grund des laryngoskopischen Befundes gestellt werden, bevor noch andere Anzeichen vorhanden waren.

Verf. führen noch andere Fälle aus unbestimmter oder unbekannter Ursache an. Merkwürdig ist besonders folgender: Wegen einer unzweifelhaften Magenaffection wurde eine Magenausspülung gemacht und sofort trat eine complete einseitige Lähmung auf.

GONTIER de la ROCHE.

109) **Salvatore Perrotta. Reine Mitralstenose mit Lähmung des linken Recurrens. (Stenosi mitralica pura con paralisi del n. ricurrente laringeo sinistro.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1909.*

Der Fall betrifft eine 38jährige Frau; er verlief tödtlich, leider ist jedoch keine Autopsie gemacht worden. Aus den in der Epikrise gemachten Bemerkungen

des Verfs. über die bisher vorliegenden Erklärungen der Recurrenslähmungen bei Mitralstenose sei als das Hauptsächlichste Folgendes hervorgehoben: Die Lähmung tritt ein, wenn eine enorme Dilatation des linken Vorhofs, ebenso aber auch, wenn eine derartige Hypertrophie des rechten Ventrikels vorliegt, dass er fast horizontal auf dem Zwerchfell ruht und so eine Zerrung der Lunge, des Aortenbogens und des Recurrens bewirkt wird. Es bestehen also beide Theorien, die von Ortner und von Krauss, zu Recht; sie gelten nur für zwei verschiedene Perioden der Herzkrankheit, die eine für das Stadium der Compensation, die andere für das Stadium der Compensationsstörung. Die Lähmung kann nur in einer dieser Perioden bestehen oder sie kann im ersten Stadium infolge der von Krauss angenommenen Ursache beginnen und im zweiten infolge der von Ortner angenommenen Ursache weiter bestehen.

FINDER.

110) **F. v. Gebhardt** (Budapest). **Untersuchungen über die Function der Flimmerepithelauskleidung der Luftröhre.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 41. 1909.*

Krepuska fand schon vor 20 Jahren, dass an mehrere Tage alten Leichen das Flimmerepithel sich noch bewegt und dass diese Bewegungen auch nach künstlicher Erfrierung weiterbestehen. v. Gebhardt untersuchte nun, wie lange das Flimmerepithel der post mortem excidirten Luftröhre noch im Stande ist, Kohlenstaub weiter zu bewegen, wie diese Bewegungen durch äussere Umstände beeinflusst werden und mit welcher Geschwindigkeit die Bewegungen stattfinden. Kohlenstaub hat sich zu diesem Zwecke am besten bewährt. Zur Spül- und Befeuchtungsflüssigkeit ist die oxygenirte Ringer'sche Lösung die vortheilhafteste, bei deren Anwendung die Geschwindigkeit der stündlichen Bewegung 3—8 bis 10fach schneller ist. Etwas Schleim oder Feuchtigkeit scheint die Bewegungen zu fördern. Wegen Erörterung interessanter Detailfragen ist das Studium der Originalabhandlung sehr empfehlenswerth.

v. NAVRATIL-POLYAK.

111) **Immelmann** (Berlin). **Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas mit Röntgenstrahlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 286. 1908.*

Vortragender hat gute Erfolge gesehen. Bei Patienten mit asthmatischer Bronchitis trat eine Vermehrung und Erleichterung der Expectoration ein; die einzelnen Anfälle von Katarrh gingen schneller zurück. Die Patienten wurden wöchentlich 1—2mal 10 Minuten lang ohne Blenden bestrahlt (von vorn, seitlich, vom Rücken aus, abwechselnd einige Minuten).

In der Discussion bemerkt Levy-Dorn, dass er manche Erfolge auf Suggestion setze, da er auch mit fingirten Röntgenbestrahlungen bei Asthmatikern Erfolge hatte. Immerhin habe er aber auch wirkliche Erfolge erzielt.

ALBANUS (ZARNIKO).

112) **M. Bourgarel. Ueber die Compression der Bronchien. Neues diagnostisches Zeichen des Dr. Martin du Magny. (Contribution à l'étude des compressions des bronches; nouveau signe de diagnostic de M. le docteur Martin du Magny.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Wenn bei Compression der Bronchien die Gegend der Lungenbasis auscul-

tirt wird, so hat der Untersuchende den Eindruck, als wenn Stimme und Hustenstoss des Patienten weit entfernt entstehen würde. Martin du Magny nennt deshalb dieses diagnostische Zeichen: signe de la voix et de la toux lointaine. Dieses Zeichen ist bei jeder Compression der Bronchien bereits frühzeitig nachweisbar, gleichgültig, welches die Natur der Compression ist. Auf der Rückseite des Thorax ist das Symptom deutlicher als auf der Vorderfläche.

Patient ist in sitzender Stellung und wiederholt beständig die Zahl 333. Der Arzt auscultirt die Rückseite des Thorax von der Lungenspitze nach der Basis zu. Während an der Lungenspitze die Stimme direct unter dem Ohre zu entstehen scheint, klingt sie bei Compression der Bronchien an der Basis der Lunge weiter entfernt. Allerdings ist dieses Zeichen auch normalerweise, bei gesunden Brustorganen, nachweisbar; bei Compression der Bronchien ist das Symptom aber deutlich verstärkt.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

113) **Charles H. Mayo. Die Parathyroidfrage. (The parathyroid question.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Verf. berichtet über die bisher in Bezug auf Anatomie, Physiologie und Pathologie der Parathyroiddrüsen vorliegenden Erfahrungen. Nach fast 1200 Kropfoperationen haben sie niemals Tetanie auftreten sehen.

LEFFERTS.

114) **Bojarsky** (Inzowska). **Ueber die Beziehungen der Symptome zum Grade der Erkrankung bei Morbus Basedowi.** *Dissert. Bern 1909.*

Eine Gruppe von 42 Fällen zeigte den bekannten vollständigen Symptomencomplex und diese Gruppe ist ausgezeichnet durch eine diffuse Struma von bedeutender Grösse. Andererseits war eine Gruppe von 34 Fällen (alle aus der Kocher'schen Klinik) mit knolligen Strumen, die in keinem Falle alle Basedow-schen Merkmale aufwies.

Der Grad der Erkrankung bei Basedow ist also proportional der Menge des hypervascularisirten und hypertrophischen Schildddrüsengewebes.

JONQUIÈRE.

115) **H. M. Stowe. Morbus Basedow und Schwangerschaft. (Exophthalmic goitre and pregnancy.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Basedow'sche Krankheit ist eine gefährliche Complication von Schwangerschaft; es treten Nierenerscheinungen auf, ebenso Erbrechen und Diarrhoe, ferner Hautcomplicationen, profuse Perspiration, Erythem, Urticaria und Haarausfall. Der Zustand des Herzens und der Gefässe disponirt zu Abort, frühzeitiger Placentarlösung und Blutungen post partum. Schwangere Kropfpatientinnen befinden sich mit vorschreitender Schwangerschaft schlechter und sterben oft in den ersten Monaten unter denselben Erscheinungen, wie bei dem unstillbaren Erbrechen. Die fötale Sterblichkeit ist höher als die mütterliche. Wenn die ungünstigen Erscheinungen nicht bald aufhören, so sollte die Schwangerschaft beendet werden. Die Kropfoperation sollte während der Schwangerschaft nicht gemacht werden.

LEFFERTS.

116) **R. Kohts. Zur Frage der Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Morbus Basedowii.** *Dissert. Marburg 1908.*

K. fand in der Literatur 123 Fälle gewöhnlicher Struma, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren. In keinem Falle trat vollständige Heilung ein; scheinbar dauernde oder vorübergehende Besserung wurde in 84 Fällen constatirt. Bei 38 weiteren Patienten liess sich keine Einwirkung erkennen, in einem Falle trat eine Verschlimmerung ein.

Eine kritische Einschätzung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über den günstigen Einfluss der Röntgenstrahlen auf Struma muss dahin führen, das Vorhandensein eines solchen Einflusses zum mindesten als recht fragwürdig erscheinen zu lassen.

Zum grössten Theil ungünstig lauten die Berichte (19 Fälle) über die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei der Basedow-Struma. Da, wo günstige Erfolge notirt wurden, sind dieselben auch ohne die Annahme einer specifischen Wirkung der Röntgenstrahlen erklärbar.

Wenn Rudinger bei zwei Basedowkranken, die bestrahlt wurden, nach der Bestrahlung eine Stickstoffretention nachwies, so darf dieses günstige Resultat der Eiweissparung nicht ohne weiteres der Bestrahlung als solcher zugeschrieben werden. Auch ohne Röntgenbestrahlung kann eine Stickstoffretention nachweisbar sein, sobald es sich um Basedowkranke in Ausheilung handelt. Verf. hat, veranlasst durch die 1907 erschienene Arbeit von Rudinger, an einer Basedowpatientin, deren Struma bestrahlt wurde, ebenfalls Untersuchungen über den Gesammtstoffwechsel und zudem auch über den respiratorischen Gaswechsel vorgenommen: Irgend einen Einfluss auf den respiratorischen Gaswechsel hatte die Bestrahlung nicht; eine Stickstoffretention wurde sowohl vor als nach der Bestrahlung beobachtet.

OPPIKOFER.

117) **John R. Wathen. Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Observations on the surgical treatment of the exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. empfiehlt vorherige Unterbindung der Art. thyreoidea superior auf einer oder beiden Seiten. Die beste Vorbereitung für die Operation besteht in Bettruhe und Darreichung von Tinct. strophanti. Verf. schildert dann die von ihm angewandte Operationstechnik, die in Bezug auf einige Details von der allgemein angewandten etwas abweicht.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

118) **E. Schmiegelow. Diverticulum oesophagi. (Diverticulum oesophagi.)** *Medicinsk Selskabs. 9. Möde. Hospitalstidende. No. 36. 1909.*

Verf. theilt drei Fälle von Zenker's Divertikel mit, von denen zwei mittels Excision des Sackes operirt wurden. Alle drei wurden durch Oesophagoskopie diagnosticirt.

L. MAHLER.

119) **W. R. Chessin. Ein Fall von skarlatinöser Strictur der Speiseröhre. (Slutschai scarlatinosnawo suschenia pischtschewodu.)** (Aus der Klinik von Prof. P. J. Djakonow.) *Chirurgia. No. 137. Mai 1908.*

In der Literatur der letzten 12 Jahre fand Verf. 4 derartige Fälle, nämlich die Fälle von Ehrlich, Hacker, Boas und Ziherbilyer (eine russische Arbeit). Der Fall des Verf.'s betrifft einen 23jährigen Bauer, der im 12. Lebensjahre Scharlach durchgemacht, als dessen nächste Folge immer zunehmende Schlingbeschwerden eintraten.

Untersuchung in der Klinik: Eine Sonde stösst bei 33 cm Tiefe von der vorderen Zahnreihe auf ein Hinderniss, durch das auch die kleinste Olive nicht durchgeht. Oesophagoskopie: In der entsprechenden Tiefe des Oesophagus eine mit blass-rosa Schleimhaut bedeckte Narbe, die eine Oeffnung von weniger als 0,5 cm einschliesst. Oberhalb der Strictur ein kleines Divertikel, unterhalb derselben fühlt man eine Reihe anderer Stricturen, die die Bougie No. 20 nur mit Mühe passirt.

Die Behandlung bestand in systematischem Bougieren, was aber jedesmal nur mit Hülfe des Oesophagoskops durchgeführt werden konnte. Nach ca. zwei Wochen ist die Strictur so weit gedehnt (Bougie No. 37), dass Patient sich sehr gut ernähren konnte.

Die Erkrankung der Speiseröhre nach Scharlach entsteht entweder durch directe Fortleitung von oben oder durch die Lymph- und Blutbahn. In diesem Falle vermuthet der Verf. eine Erkrankung der benachbarten Drüsen mit nachfolgender Vernarbung und Schrumpfung der Oesophaguswand.

Die Behandlung derartiger Fälle ist seit der Einführung des Oesophagoskops ohne eingreifende chirurgische Operation möglich geworden.

HELLAT.

120) **Garlet** und **Louvet. Elektrolyse und Oesophagoskopie in einem Falle von Strictur. (Oesophagoscopie et Electrolyse dans un cas de rétrécissement oesophagien.)** *Revue hebdom. No. 39. 1909.*

13 Monate nach einer Kalilaugevergiftung wird eine hochgradige Oesophagusstenose elektrolytisch behandelt bei einem durch Hunger herabgekommenen Knaben (Gewicht 18 kg, Alter ?). Wiederholte Sitzungen. Besserung innerhalb 3 Monaten bis zu 30 kg. Die Behandlung wird ausgesetzt. Zwei Jahre später Recidive und Wiederaufnahme der elektrolytischen Behandlung unter Leitung des Oesophagoskops.

LAUTMANN.

121) **M. Hoetzel. Ueber Oesophagus-Tuberculose.** *Dissert. München 1907.*

Bei dem 66jährigen Patienten war die Diagnose auf Speiseröhrenkrebs gestellt worden. Die Section und die mikroskopische Untersuchung wiesen die Combination eines Oesophaguscarcinoms mit Tuberculose der Speiseröhre nach. 2,5 cm unterhalb der Bifurcation stand das Carcinom durch 3 Fisteln mit vereiterten tuberculösen Drüsen in Verbindung.

OPPIKOFER.

122) **O. Gelbke. Ueber einen Fall von chronischer käsiger Tuberculose der intrathoracalen Lymphdrüsen mit secundärer Erweichung und Perforation in den Oesophagus.** *Dissert. München 1906.*

Neben der Tuberculose der intrathoracalen Drüsen bestand bei der 72jährigen Frau eine Tuberculose beider Lungen, der Leber, der Nieren, des Darmes und der Meningen. Patientin wurde bewusstlos und mit hohem Fieber (Meningitis) ins Spital gebracht. Die Speiseröhrenperforation, die wahrscheinlich auch bei Lebzeiten keine wesentlichen Symptome verursacht hatte, wurde erst auf dem Sectionstische aufgedeckt.

OPPIKOFER.

123) **Guisez** und **Abraud** (Paris). **Oesophagoskopische und klinische Studie über Tuberculose des Oesophagus. (Etude oesophagoscopique et clinique de la tuberculose de l'oesophage.)** *Revue de Chirurgie. 10. Juli 1909.*

Die Tuberculose der Speiseröhre gilt für sehr selten, wahrscheinlich wird sie in vielen Fällen nicht diagnosticirt. Nach der Beobachtung Schrötter's und den beiden vom Verf. mitgetheilten Fällen scheint es, als ob das Oesophagoskop bestimmt ist, dieses Capitel der Oesophaguskrankheiten zu bereichern.

Im ersten Fall handelte es sich um eine ulcerirende Tuberculose; in den beiden anderen um secundär per contiguitatem fortgeleitete Tuberculose und um primäre — oder wenigstens mit anderen Läsionen nicht in Verbindung stehende — Tuberculose. Der Aufsatz ist mit interessanten Abbildungen, die das ösophagoskopische Bild zeigen, versehen.

GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Lange** (Kopenhagen). **Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Ohren- und Nasenkrankheiten.** Berlin 1910. Verlag von S. Karger.

Die vorliegenden Skizzen sind als Gedenkstein für den unvergesslichen Max Schaeffer (Bremen) zu betrachten, dessen wohlgelungenes Bild vor dem Titelblatt eingefügt ist.

Von grossem Interesse sind die Betrachtungen allgemeiner und specialistischer Art über die Aufgaben des Universitätsstudiums und über die Ausbildung und Thätigkeit der Specialisten. Hervorheben möchte ich, dass für Lange keinerlei Nothwendigkeit erkennbar ist, dass an der Universität eine Verschmelzung der Oto-Rhinologie mit der Rhino-Laryngologie stattfinden darf, wenn nur der Studirende alle beide lernen kann, in der Praxis kann ja gleichwohl die Oto-Rhino-Laryngologie von einer Person vertreten werden.

In den verschiedenen Capiteln werden ausgewählte Themata aus der Rhinologie und Otologie abgehandelt, in welchen insbesondere die jüngeren Fachkollegen viel Interessantes und Beherzigenswerthes finden können.

Seifert (Würzburg).

b) O. Körner. Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Zweite völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage des Lehrbuches der Ohrenheilkunde (mit 200 Textabbildungen und 1 Tafel). Wiesbaden 1909. Verlag von J. F. Bergmann,

K. will in seinem Buch den innigen Zusammenhang zwischen Otologie und Laryngologie zur Darstellung bringen und hat sich seiner Aufgabe um so eher unterzogen, „als bis jetzt ein Lehrbuch der Laryngologie fehlt, das den Bedürfnissen der Studirenden wie des Allgemeinpraktikers vollständig gerecht wird und dabei auf die Darstellung alles dessen verzichtet, was nur für den Specialisten brauchbar ist.“ Gleichzeitig aber wendet sich diese neue Auflage seines Lehrbuchs der Ohrenheilkunde auch an die Ohren- und Kehlkopfärzte.

Da K. die einschlägige Literatur kennt, so übt er eine scharfe Kritik an den bisherigen Lehrbüchern der Laryngologie, wenn sie eben seiner Meinung nach den Bedürfnissen der Studirenden und der Praktiker, ohne specialistischen Ballast, nicht genügen. Er wird darum mit Recht verlangen, dass man bei der Beurtheilung seines Buches, das diese Lücke ausfüllen soll, denselben Maassstab anlegt. Wenn ich gleichsam entschuldigend diesen Satz meiner Besprechung vorausschicke, der bei der Stellung des Verfs. selbstverständlich sein sollte, so geschieht es, weil man eigentlich gewohnt ist, die Neuerscheinungen der Literatur immer mehr oder minder lobend erwähnt zu finden, sei es, weil der Kritiker sich nicht der Mühe genaueren Studiums unterzogen hat, oder weil seine Feder sich sträubt, dem Autor, der Mühe und Arbeit an sein Werk verwendet hat, seine Freude an ihm zu beeinträchtigen. Ich stehe nicht auf diesem Standpunkt, weder als Autor noch als Kritiker. Mir sind immer diejenigen Besprechungen eines meiner Bücher am liebsten gewesen, die an ihnen etwas zu tadeln hatten und Vorschläge zu Verbesserungen zu machen wussten, und der Kritiker soll sine ira et studio, aber auch offen und ehrlich seine Meinung sagen.

Das Körner'sche Buch also hat mich von dem „innigen Zusammenhang der Oto- und Laryngologie“, den ich bisher nicht habe entdecken können, auch nicht überzeugen können; ich finde weder in dem der ersten noch in dem der zweiten Disciplin gewidmeten Theil den Beweis dafür erbracht. Würde einem der laryngologische Abschnitt als selbstständiges Buch vorgelegt werden, man würde nicht vermuthen, dass es den integrirenden Theil eines Ganzen darstellen soll. Dagegen habe ich den Eindruck gewonnen — ich komme nachher noch darauf zurück —, dass die Otologie, wenn ich so sagen soll, mit mehr Liebe geschrieben ist als die Laryngologie.

Der Grundgedanke, auf dem sein Buch aufgebaut ist, sowie der Plan seiner Eintheilung erscheint mir nicht zweckentsprechend. Um den letzteren vorweg zu nehmen, so bespricht K. die Geschichte der drei Disciplinen auf 24 Seiten, von der er doch nicht behaupten wird, dass sie ohne Weiteres zu den Bedürfnissen des Praktikers gehört. Ich möchte nicht missverstanden werden, ich halte es für durchaus wünschenswerth, den historischen Sinn des Mediciners zu erwecken und zu erhalten, aber wenn man sich in einem den rein praktischen Anforderungen bestimmten Buche eine relativ so ausführliche Darstellung der Geschichte gestattet, dass selbst zwei grössere Abbildungen der hippokratischen Methode der Nasenpolypenoperation gewidmet sind, dann sollte man den eigentlichen Text nicht so

cursorisch abfassen, dass die Krankheiten der Nase oder des Rachens kaum den doppelten Raum einnehmen.

Nun scheint aber K. gerade in dieser Kürze seiner Darstellung den Vorzug seines Buches zu sehen — „in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“. Aber in dieser Beschränkung geht eben meiner Meinung nach K. zu weit; ich will dafür einige Beispiele bringen. In dem Kapitel: Perichondritis (des Larynx) ist ebenso wenig wie in manchen andern Abschnitten der laryngoskopische Befund angegeben, von einer derartigen Erkrankung der Epiglottis ist nicht die Rede. Weiter ist die endolaryngeale Technik überhaupt nicht besprochen. Wenn man nun zugeben kann, dass der Arzt der allgemeinen Praxis nicht im Stande ist und es auch nicht zu sein braucht, einen Kehlkopfpolypen zu entfernen, so werden doch andererseits heut zu Tage von ihm die alltäglichen Behandlungsmethoden wie Insufflationen, Einspritzungen u. s. w. verlangt; und wie er diese auszuführen hat, müsste ihm in einem Buche wie dem vorliegenden auseinander gesetzt werden und dies um so mehr, als K. z. B. der Operation bei der acuten Mastoiditis mehrere Seiten widmet und ebenso der bei chronischer Mastoiditis, die nach seinem eigenen Ausspruch zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten gehört. Ich frage, ist das eine gleichmässige oder, um mich des obigen Ausdrucks zu bedienen, eine gleich liebevolle Behandlung der Ohr- und Kehlkopfkrankheiten? und geht die Beschränkung in Bezug auf letztere nicht zu weit? — Auf der einen Seite specialistischer Ballast — im Körner'schen Sinne, auf der anderen allzu grosse Einschränkung des Arbeitsgebietes des Allgemeinpraktikers.

Die Lectüre eines Buches wirkt immer erfrischender, wenn die Subjectivität des Verfassers uns dabei entgegentritt, und dieses Lob kann man diesem Buche zuertheilen. Handelt es sich aber um die Besprechung noch im Fluss befindlicher Fragen, so ist mehr Objectivität am Platze. Wenn K. das Rosenbach-Semon-sche Gesetz für die centralen Lähmungen für hinfällig hält, so ist das sein gutes Recht; in seinem Lehrbuche hätte er aber Licht und Schatten gleichmässiger vertheilen sollen, denn seine Einwände gegen jenes Gesetz gelten keineswegs allgemein als beweiskräftig. Ueberdies spricht er immer von dem Rosenbach'schen Gesetz und ist damit päpstlicher als der Papst.

Doch genug! Ich habe in dieser ausführlichen Besprechung mehr allgemeine Gesichtspunkte hervorgehoben als dass ich des genaueren auf Einzelheiten eingegangen wäre. Ich glaube und hoffe, dass der Verf. bei einer Neuauflage seines Buches von selbst zu einer Erweiterung des Textes, so weit es wenigstens die Laryngologie betrifft, kommen wird. Concedirt man ihm den engen Rahmen der Darstellung, so kann man ihm bestätigen, dass er seiner Aufgabe gerecht geworden ist. A. Rosenberg.

c) **J. A. Reinmöller. Das dentale Empyem des Antrum Highmori.** Rostock 1909.

Verf. behauptet, dass unter den Kieferhöhlenempyemen der Procentsatz der dentalen doch grösser ist, als im Allgemeinen angenommen wird, und belegt diese Behauptung mit einer ganzen Reihe von Krankengeschichten aus seiner Praxis, die das Bild des dentalen Kieferhöhlenempyems sehr deutlich erkennen lassen. Den Grund dafür, dass nun bislang bei weitem mehr nasale als dentale Empyeme zur

Beobachtung gelangten, erblickt Verf. in dem Versagen der bisherigen Untersuchungsmethoden wie der Percussion, Inspection, thermischen Prüfung bei der Feststellung der nicht offensichtlich zu Tage liegenden dentalen Aetiologie. Jetzt sind aber seit neuerer Zeit zwei Hülfsmittel — das Röntgenogramm und die Untersuchung der Zähne vermittels des Inductionsstromes hinzugekommen, die berufen sind, dauernde Klärung in der Frage der dentalen Aetiologie zu schaffen. Denn liefere das Röntgenogramm eine zuverlässige bildliche Darstellung der periodonditischen Processe, so zeige die fehlende oder erhöhte elektrische Reaction bei der Prüfung der Zähne mit eigens dazu construirten Apparaten den Tod resp. eine Erkrankung der Pulpa an. Angesichts dieser Thatsachen fordert Verf. mit Recht in Zukunft eine grössere Ausnutzung und Würdigung beider Methoden.

Des Weiteren geht Verf. auf die eigentlichen pathologischen Veränderungen der in Betracht kommenden Zähne und ihre Fortleitung nach dem Antrum ein und knüpft daran ausführliche prophylactische Betrachtungen. Wendet er sich mit diesen Ausführungen auch hauptsächlich an seine Fachcollegen, die Zahnärzte, so vermag er doch durch die gründliche Sachlichkeit und Klarheit seiner Ausführungen auch weitere medicinische Kreise zu interessiren und zu belehren. Am Schluss seiner Monographie liefert Verf. einen Ueberblick über den Symptomencomplex und die Therapie des Kieferhöhlenempyems, der nichts Neues enthält und nicht mehr giebt als das bereits Bekannte und Erprobte.

D. Sänger (A. Kuttner).

d) William Lincoln Ballenger M. D. **A treatise on diseases of the nose, throat and ear.** Zweite gründlich revidirte Auflage. Lea and Febiger. Philadelphia und New-York 1909.

Die erste Auflage dieses Buches ist innerhalb eines Jahres vergriffen worden. Die Entstellung einiger Eigennamen, die in der ersten Auflage zu tadeln war, findet sich in der neuen nicht mehr. Die Beschreibung der submucösen Septumresection ist vollkommen neu geschrieben und durch einige neue Abbildungen noch anschaulicher gemacht. Die Capitel über die Nebenhöhlenchirurgie und die Operationen an den Tonsillen sind erheblich erweitert und mit zahlreichen Illustrationen versehen, wie denn überhaupt die sorgfältigen und reichlichen Abbildungen — es sind deren 125 hinzugefügt worden — einen der Vorzüge des Buches bilden.

Obwohl der Name des Verfs. mit einer bestimmten Methode der Septumresection mehr oder weniger eng verknüpft ist, so sagt er doch, man solle nicht einer Methode den unbedingten Vorzug vor der andern geben, sondern die wählen, mittels deren es auf dem einfachsten Wege gelingt, das Hinderniss zu beseitigen. Der Lupus des Pharynx und Larynx ist mit wenigen Worten abgethan und hätte unserer Ansicht nach eine etwas ausführlichere Besprechung verdient.

Der Anwendung von Scheeren für die Entfernung der hypertrophischen Zungentonsille kann ich nicht zustimmen; die Guillotine arbeitet hier sicherer und gründlicher.

Bei der Behandlung der folliculären Pharyngitis scheint mir die von mir angegebene Curette den Vorzug gegenüber der Galvanocaustik zu verdienen.

Das letzte Capitel, das von den Fremdkörpern in den oberen Luftwegen

handelt, ist concis und anschaulich; es werden hauptsächlich die Jackson'schen Instrumente beschrieben, jedoch die neueren praktischen Handlampen nicht erwähnt.

Im Ganzen genommen kann das Buch nach jeder Richtung empfohlen werden. Es trägt das Gepräge eines sorgfältig durchdachten Werkes, in dem auch die Ansichten anderer zu ihrem Recht kommen, und darf unter die besten seiner Art gezählt werden.

Druck, Illustrationen und Ausstattung verdienen das höchste Lob.

Emil Mayer.

e) **L. B. Lockard. Tuberculosis of the nose and throat.** C. V. Mosby Medical Book and Publishing Co. St. Louis 1909.

Von den 327 Seiten des Buches sind 240 der Larynxtuberculose, 15 der Nase, 44 dem Nasenrachen und 23 dem Pharynx gewidmet. Das Buch enthält 85, zum grossen Theil farbige Illustrationen.

Dem Werke liegen die persönlichen Erfahrungen des Autors zu Grunde; diese müssen sehr reiche sein, denn das Feld seiner Thätigkeit liegt in Denver, Colorado, in den Rocky Mountains, wohin eine grosse Anzahl von Tuberculösen pilgern.

Verf. schätzt die Anzahl der jährlich in den Vereinigten Staaten an Tuberculose sterbenden Personen auf 150000.

Das ganze Buch ist, was die Heilbarkeit der Tuberculose in den oberen Luftwegen betrifft, auf einen sehr ermuthigenden Ton gestimmt. Wir können den Erfolg der Localbehandlung verstehen, wenn wir die günstigen klimatischen Bedingungen, unter denen der Verf. seine Tuberculösen behandelt, die reine und trockne Luft, bedenken. So wird der Optimismus Verf.'s begreiflich, der so weit geht, dass er sagt: „Mindestens die Hälfte der bereits entwickelten Affectionen kann zum Stillstand gebracht werden und in der Mehrzahl derjenigen Fälle, auf die das nicht zutrifft, können doch die quälendsten Erscheinungen zum Theil unterdrückt werden".

Verf. ist der Ansicht, dass die meisten tuberculösen Larynxaffectionen in Folge nicht vorgenommener systematischer Kehlkopfuntersuchungen in den Frühstadien der Krankheit unentdeckt bleiben, und dass viele Fälle darum ungünstig verlaufen, weil sich viele Laryngologen in dem irrigen Glauben befinden, der Patient leide an einer nothwendigerweise tödtlichen Krankheit, deren Behandlung nutzlos sei.

Die Anfangsstadien sind gewöhnlich heilbar, die vorgeschrittenen nicht oft, sagt der Autor.

In Bezug auf die Aetiologie der Kehlkopftuberculose meint Verf., dass das Fehlen von Lungenerscheinungen nicht die primäre Natur der Kehlkopferkrankung beweise, und dass gleicherweise auch eine Betheiligung des Lymphsystems, besonders der Tonsillen und Cervicaldrüsen ausgeschlossen werden müsse. Jedoch sagt er etwas weiter: „Vom praktischen Standpunkt kann ein Fall als primär betrachtet werden, wenn keine Erkrankung der Lunge nachweisbar ist". Der gewöhn-

lichste Weg der Infection sind die Blut- und Lymphgefässe, während das Sputum nicht selten nur eine nebensächliche Rolle dabei spielt.

Verf. hat einen tödtlich verlaufenden Fall von Kehlkopftuberculose bei einem 16 Monaten alten Kinde gesehen, während sein ältester Fall 74 Jahre alt war und geheilt wurde.

Die wohlbekannten Symptome der Krankheit werden beschrieben, unter den selteneren Erscheinungen die plötzliche Dyspnoe.

Ein Fall wird angeführt, in dem, während der Patient sich vollkommen ruhig verhielt, plötzlich Dyspnoe eintrat; es bestand totale beiderseitige Abductorlähmung. Es wurde Tracheotomie gemacht, jedoch trat 11 Stunden später Exitus ein. Die Fälle, in denen die Tracheotomie nothwendig wird, sind sehr selten und werden es noch mehr werden, wenn die Fälle frühzeitiger und consequenter behandelt werden.

Das Kapitel über die objectiven Erscheinungen ist erschöpfend und ausgezeichnet illustrirt. Hier wäre eine ausführlichere Behandlung der Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberculose am Platz gewesen.

In dem Abschnitt über die Allgemeinbehandlung ist der Diätetik besonders viel Platz eingeräumt und eine Anzahl von Vorschriften zur Bereitung concentrirter Nahrung angegeben. In nicht zu vorgeschrittenen und activen Fällen ist Werth auf absolute Stimmruhe gelegt.

Was die medicamentöse Behandlung betrifft, so hat Verf. keinen Erfolg nach Tuberculin gesehen, dagegen günstige Resultate erzielt durch directe Application von Milchsäure, Formalin, Ichthyol, Resorcin, Guajacol, Pyoctanin, Argyrol und Nargol-Phenol, Para-Mono-Chlorphenol und Jodvasogen.

Formalin kommt nach den Erfahrungen des Verf.'s dem Ideal eines Mittels am nächsten, es ist ebenso wirksam wie Milchsäure und hat vor dieser den Vorzug, verhältnissmässig wenig Reaction und keine Schmerzen zu machen. Es kann täglich oder mindestens dreimal wöchentlich angewendet werden in einer Stärke von 3—10 pCt., bei Anwendung der stärkeren Lösungen empfiehlt sich vorherige Cocainisirung. Hier vermisst Referent die Erwähnung des von Yankauer angegebenen und an des Referenten Klinik mit ausgezeichnetem Erfolg gebrauchten Apparats zur Selbstapplication des Mittels.

Ferner werden empfohlen intratracheale Injectionen von angewärmter öliger Lösung von Menthol und Guajacol.

Submucöse Injectionen werden verworfen. Bezüglich der Lichtbehandlung geht die Erfahrung des Verf.'s dahin, dass gewisse Strahlen in einigen Fällen günstig auf Schmerzen, Husten und Expectoration wirken, dass sie aber keinen oder geringen Einfluss auf das erkrankte Gewebe ausüben. Die X-Strahlen haben in Bezug auf ihre Wirkung enttäuscht; über das Radium kann Verf. noch kein Urtheil abgeben. Sonnenlicht- und Bogenlichtbestrahlung hat er aufgegeben.

Von den operativen Maassnahmen ist die Curettage am wirksamsten; wo diese nebst Milchsäure- und Formalinapplication im Stiche lassen, ist die Excision zu empfehlen. Bei fester Infiltration des Taschenbandes empfiehlt Verf. die Galvanokaustik.

Jede Schwangerschaft, die mit Larynxtuberculose complicirt ist, sollte so

schnell wie möglich beendet werden; bei vorgeschrittener Schwangerschaft und schwerer Larynxerkrankung ist die Tracheotomie vorzunehmen.

Bei Besprechung der Nasentuberculose wird die Differentialdiagnose gegenüber dem Lupus ausführlich erörtert. Verf. hat einen Fall von Erkrankung der Oberkieferhöhle, Keilbeinhöhle und des Siebbeins gesehen nach tuberculöser Infection des rechten Oberkiefers. Dagegen findet sich kein Hinweis auf die Form der Nasentuberculose, die in Form von kleinen gelblichen Auflagerungen auf der Schleimhaut in die Erscheinung tritt, eine Form, die in einem so ausführlichen Buch deshalb hätte Erwähnung finden müssen, weil sie im Gegensatz zu den anderen mehr schleichend verlaufenden Formen der Nasentuberculose sehr schnell einen letalen Lauf nimmt.

Abgesehen von einigen Druckfehlern ist das Buch in Bezug auf Ausstattung, Druck und Illustrationen tadellos. Den Verfasser kann man nur zu der ausgezeichneten und sorgfältigen Behandlung des interessanten Thomas beglückwünschen. Emil Mayer.

---

f) Société française de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Paris, 10. bis 13. Mai 1909.

Präsident: Lavrand (Lille).

Sitzung vom 10. Mai (Vormittags).

Der Präsident begrüsst die fremden Mitglieder, die anwesend sind (hauptsächlich aus Belgien).

Der Generalsecretär verliest den Jahresbericht (Statistik).

Brindel (Bordeaux): Taubheit und Nasenverstopfung.

Der Autor erwähnt die bekannten Beziehungen zwischen Nase und Ohr und setzt dann einige anatomische Daten auseinander, die diese Beziehungen erklären. In den überaus meisten Fällen kann eine entsprechende Nasenbehandlung von Vortheil sein für die Erkrankung des Ohres.

Furet (Paris): Sarkom der Nasenhöhle. Operation nach Moure.

38jährige Patientin trägt seit 2 Jahren einen Tumor in der linken Nasenhöhle. Mikroskopische Untersuchung ergiebt Sarkom. Operation nach Moure (paranasaler Schnitt) gestattet leichte Zutageförderung des Tumors.

Discussion:

Escat findet diese Operation sehr practisch, trotzdem in einem von ihm operirten Falle die Patientin 8 Tage später an einer Drüsenentzündung zu Grunde ging. In einem zweiten Falle hatte Escat eine starke Blutung. Sarkome der Nasenhöhlen geben eine verhältnissmässig gute Prognose. Escat behandelt einen Fall schon seit 12 Jahren und einen Knaben von 9 Jahren, bei dem die extranasale Operation erst nach langjähriger endonasaler Behandlung (Elektrolyse, Auskratzung) nothwendig wurde. Manchmal können solche Sarkome ganz latent verlaufen, bis plötzlich rapid Verschlimmerung eintritt. In einem Falle erlebte Escat 24 Stunden nach der ersten Untersuchung, dass der Patient in Coma verfiel und

starb. Bei der Section fand man, dass Stirnlappen und die Stirnhöhle vom Tumor durchwachsen waren. Nach endonasaler Behandlung ist das Auftreten von Kopfschmerzen ein ominöses Zeichen bei solchen Tumoren.

Jacques: Wenn ein Sarkom nicht recidivirt, so hat es sich eher um einen entzündlichen Tumor gehandelt.

Castex ist ebenfalls mit der Moure'schen Operation sehr zufrieden.

Guisez: In einem Falle wurde histologisch und klinisch die Diagnose auf Sarkom gestellt. Es erwies sich später, dass es sich um Lupus gehandelt hat.

Chavanne (Lyon): Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhle (analysirt).

Disscussion:

Escat: So lange die Schleimhaut intact ist, kann man von Lupus oder Tuberculose sprechen. Sarkome des Septums machen manchmal den Eindruck von Lupus.

Molinié hat eine Tuberculose bei einer Frau gesehen, deren Thränencanal wiederholt sondirt worden ist. Es ist möglich, dass es sich in diesem Falle um eine Einimpfung gehandelt hat, da wiederholt beim Sondiren fausse route gemacht worden ist.

Mahu (Paris): Einige Fälle von Heilung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege.

Die vom Autor wiederholt beschriebene Methode besteht 1. in breiter Eröffnung der medialen Wand der Kieferhöhle mit der vom Autor construirten Perforationsscheere; 2. in Ausschabung der Kieferhöhle mit der vom Autor construirten biegsamen Curette. 5 Fälle wurden nach dieser Methode behandelt. Drei Patienten sind gleich nach der ersten Operation radical geheilt, in einem Falle wurde die Trepanationsöffnung zu klein angelegt und es erfolgte Recidiv, und im 5. Falle konnte nicht genügend curettirt werden, weil Mahu vernachlässigt hatte, vorher eine Septumdeviation zu corrigiren, die ihn dann beim Curettement sehr behinderte.

Vacher (Orléans): Behandlung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege.

Das Wichtigste bei diesem Operationswege ist, die mediale Sinuswand bis auf den Nasenhöhlenboden wegzunehmen, ohne vorne eine Bucht zu lassen. Man braucht bloss den Kieferhöhlenboden abzuschaben. Operirt wird unter Localanästhesie. Nach Gebrauch von Adrenalin muss gut mit Jodoformgaze tamponirt werden, um secundäre Blutung zu verhindern.

Discussion:

Sieur glaubt, dass diese von Vacher empfohlene sparsame Operation nur in seltenen Fällen ausreicht.

Furet hingegen ist der Meinung, dass die Spülungen durch den unteren Nasengang (diameatische Spülungen), von denen mindestens 15 gemacht werden müssen, in vielen Fällen Heilung herbeiführen.

Escat hat seit 6 Jahren nicht mehr Gelegenheit gehabt, die Luc-Caldwell Operation auszuführen, seitdem er nach Claoué operirt. Escat hätte es früher

nicht für möglich gehalten, dass man mit der Claoué'schen Operation schwere Fälle von Kieferhöhleneiterung ausheilen könne. Seit 6 Jahren hat er zahlreiche Kranke, deren Namen und Adressen er sogar veröffentlicht hat, nach Claoué radical geheilt. Escat kratzt die Schleimhaut nicht aus.

Lermoyez resumirt die Entwicklung der Frage über die Behandlung der Kieferhöhleneiterung. Sein heutiger Standpunkt ist folgender: Zunächst müsse aus der Discussion alles ausscheiden, was nicht echte Kieferhöhlenentzündung ist; zunächst die Sinusitis fronto-maxillaris, die nur nach Luc operirt werden kann; die nekrotischen Formen, die atypische Operationen verlangen; die einfachen Empyeme der Kieferhöhle, die nach Ausschaltung der Ursache leicht ausheilen (offenbar die dentalen Sinusitiden gemeint, die nach Extraction eines cariösen Zahnes oft ohne weitere Behandlung ausheilen). Es bleiben dann noch die Kieferhöhleneiterungen, für die man im Allgemeinen die Claoué'sche Operation angezeigt hält, unter folgenden zwei Bedingungen, 1. die Eiterung besteht fort trotz einer grösseren Reihe von diameatischen Spülungen, 2. wenn der Patient nicht Zeit und Geldopfer für diese ziemlich umständliche Behandlungsart aufwenden kann. Es ist unstreitig, dass die Claoué'sche Operation, was Gefahren und Schwierigkeit anlangt, sich mit der Luc'schen Operation nicht vergleichen kann. Bei diesen Kieferhöhleneitorungen ist die Auskratzung der Höhle gar nicht nöthig, die Heilung erfolgt hauptsächlich, wenn für guten Eiterabfluss gesorgt wird, und hierzu ist die Claoné'sche Operation sehr geeignet.

Guisez findet, dass man wenig chirurgisch vorgeht, wenn man die entartete Schleimhaut nicht berühren will. Was in der Luc'schen Operation erschreckt, ist nur das Chloroform, und dieses kann man jetzt durch das Cocain ersetzen.

Moure: Es giebt Sinusitiden mit cystöser Entartung der Schleimhaut, bei denen halbe Maassnahmen nicht ausreichen und wo man breit aufmachen muss. Seitdem man das Cocain für die Luc'sche Operation anwendet, ist die technische Schwierigkeit sehr reducirt.

Garel wiederholt seit 15 Jahren, dass die Kieferhöhleneiterung auch ohne grosse Operation geheilt werden kann. Seit 15 Jahren hat er blos 2 Mal Gelegenheit gehabt, die Luc'sche Operation auszuführen.

Luc hält die Claoué'sche Operation für unzureichend.

Brindel hält die Auskratzung der Schleimhaut für nöthig.

Gault (Dijon): Oesophagoskopie und Elektrolyse in einem Falle von Oesophagusstrictur. (Referirt.)

Moure: Fremdkörper im Oesophagus; Oesophagoskopie. (Referirt.)

10. Mai. Abendsitzung.

Sargnon (Lyon): Gegenwärtiger Stand der Laryngostomie.

Der Autor giebt eine Uebersicht über alle bisher mit Laryngostomie behandelten Fälle und zeigt, dass die Methode sich in allen Ländern Europas

(Deutschland ist nicht genannt) und Amerika ausbreitet. Sogar stimmlich sind die erzielten Resultate ausgezeichnete.

Mermod (Lausanne): Ueber einige Nachtheile der submucösen Resection des Septums.

Manchmal beobachtet man nach regelrechter Ausführung der Operation das Entstehen einer Perforation der Schleimhaut der Nasenscheidewand, die Tendenz hat, immer grösser zu werden. Bestand vor der Operation eine Ozaena, so ist eine solche Perforation von den allerunangenehmsten Folgen begleitet. Manchmal ist die Mucosa nach Resection derart flottirend, dass sie bei jeder Inspiration an die andere Nasenwand anklebt.

Brindel hat Schwierigkeiten empfunden bei der Abhebelung der Mucosa, wenn vorher ein Trauma stattgefunden hatte. Bei einseitiger Ozaena operirt er nicht und entfernt sich hierin von dem Vorschlage Mermod's.

Rouvillois et Sieur: Behandlung der Difformitäten der Nasenscheidewand mittelst subcutaner Methoden. Resultate. (Referirt.)

Koenig (Paris): Prothese bei Verwachsung des weichen Gaumens mit dem Pharynx.

Nach operativer Durchtrennung der Symphyse hat der Autor eine von Delair construirte Prothese bei einer jungen Patientin angebracht, die von derselben gut vertragen wird.

Lavrand (Lille): Pathogenese und Behandlung der Ozaena. (Referirt.)

Discussion:

Bloeckaert hält die Behandlung mit Paraffin für die beste, wenn die Ozaena an der unteren Muschel beginnt. Was die Pathogenese anlangt, so ist die Ozaena eine Folgekrankheit von Syphilis, Tuberculose oder auch Diphtheritis, wie er es an einem Falle bemerkt hat.

Brindel: Die Paraffinmethode ist nicht bei allen Patienten anwendbar. Man muss zunächst durch einige Monate die Schleimhaut massiren und einen Schwellungszustand erreichen, der gestattet, das Paraffin zu injiciren. Die von Lavrand ständig gefundene Ethmoiditis necroticans scheint ihm jedenfalls selten zu sein.

Cauzard: Beim Kinde findet man Ozaena. Es kann sich hierbei offenbar nicht um Ethmoiditis handeln. Die Paraffinmethode ist sehr langwierig. Cauzard behandelt Patienten schon seit 18 Monaten, ohne definitiven Erfolg erzielt zu haben.

Luc: Ozaena mit Paraffin heilen zu wollen, ist dasselbe, wie wenn man schönes Wetter machen wollte damit, dass man das Barometer steigen macht. Das Paraffin kann nur gegen ein Symptom und auch nicht in allen Fällen verwendet werden, nicht aber gegen die Krankheit, die bestehen bleibt. Die Ozaena ist für Luc die Folge des von Perez beschriebenen Micrococcus foetidus ozaenae.

Brindel ist erstaunt, wenn er hört, dass man Patienten 18 Monate hat mit Paraffin behandeln müssen. 2—6 Sitzungen genügen. Allerdings verwendet Brindel flüssiges Paraffin.

Lavrand hat systematisch die Ethmoiditis gesucht und gefunden. Der Ausgangspunkt der Krankheit ist immer im mittleren Nasengang zu finden. Die Ausrottung des kranken Siebbeins allein bringt Heilung.

Viollet (Paris): Kystischer Polyp der Nase mit reichlicher Hydrorhoe einhergehend, aus der Kieferhöhle stammend. (Referirt.)

Tétrôp (Antwerpen): Die schädlichen Wirkungen der tiefsitzenden Gaumenmandeln beim Erwachsenen.

Wenn die Mandeln tief versteckt in den Nischen sitzen, können sich bei Erwachsenen Zustände einstellen, deren richtige Deutung mitunter schwierig ist. Trétrôp hat Fälle gesehen, die als tuberculöse behandelt wurden, und durch Ausrottung der hypertrophischen Mandeln von ihren Leiden befreit wurden. Die beste Behandlungsart erfolgt mit der kalten Schlinge von Vacher unter combinirter localer und allgemeiner Anästhesie.

Malherbe (Paris): Steine vom Ductus Warthonianus.

Zwei Steine von der Grösse eines Orangekernes wurden unter allgemeiner Anästhesie bei einem Erwachsenen aus dem Ausführungsgange der Sublingualdrüse heraus befördert. Beim Patienten kam es zu echten Speichelkoliken mit Entzündung der Drüse, die sich anfallsweise wiederholten.

Rivière (Lyon): Ueber acute Sinusitis. (Referirt.)

Sitzung vom 11. Mai.

Henri Bourgeois und Leon Egger (Referenten): Das Kehlkopfödem.

Ausführliche Behandlung des Themas mit vornehmlicher Berücksichtigung der französischen Literatur. Die Autoren haben eine eigene Classification aufgestellt, die allerdings etwas willkürlich erscheint. Für jede Gruppe bringen die Berichterstatter zahlreiche Beispiele aus der Literatur. Die Behandlung ist ebenfalls in einem kurzen Capitel berücksichtigt worden.

Discussion:

Garel verwendet nicht mehr die Jodtinctur zur Bekämpfung des Oedems; er zieht die Anwendung des Adrenalins vor.

Trétrôp hat nach interner Verabreichung von Jodkalium ein acutes Larynxödem sich entwickeln sehen. Jod in Glycerin gelöst giebt sicher kein Larynxödem. Es scheint, dass in der Jodtinctur die Reizwirkung vom Alkohol herrüht.

Bonain bemerkt, dass die Berichterstatter die Intubation wenig empfehlen, sehr mit Unrecht, da sie ausgezeichnete Dienste leistet.

Moure fügt folgende von den Berichterstattern nicht erwähnte Oedemformen an: 1. Oedem des Kehlkopfes im Gefolge von Angina Vincenti; 2. im Gefolge von Lepra; 3. bei tiefsitzenden peritonsillären Abscessen, namentlich wenn der Abscess bis zum Sinus piriformis reicht, kann sich Kehlkopfödem einstellen; 4. bei Fremdkörpern; 5. nach Cocainisation. In einem Falle trat sogar der Tod ein. Die Behandlung betreffend haben die Berichterstatter nicht erwähnt, dass es

genügt, in das ödematöse Gewebe einfach einen Druck mit einer kräftigen Zange auszuüben, um die Geschwulst zum Abfallen zu bringen.

Sargnon empfiehlt beim acuten Oedem die subcutane Injection von Morphium, sogar wenn es sich um Brightiker handelt. Auch bei Kindern kann man getrost zu Subcutaninjectionen greifen ($^1/_8$ mg bei einem 12 Monate alten Kinde, das an einem subglottischen Oedem zu ersticken drohte).

Mermod hält bei Tuberculose des Larynx das Oedem für selten. Es handelt sich nicht um Oedem, sondern um directes tuberculöses Infiltrat in den allermeisten Fällen, wo man von Oedem des tuberculösen Larynx spricht. Das Cocainödem ist ihm neu, aber besser bekannt ist ihm die schädliche Wirkung der Bonain'schen Mischung auf den Kehlkopf.

Escat: Wenn ein Brightiker Kehlkopfödem bekommt, so giebt es immer locale Ursachen hierfür. Larynxödem bei secundärer Lues ist stark auf Albuminurie verdächtig. Die Befürchtung, mit Jodkalium Larynxödem auszulösen, theilt er nicht, hält sich jedoch stets bereit zur Tracheotomie.

Bourgeois (Schlusswort): Wenn auch die Wirkung des Jodkaliums eine viel ausgesprochenere ist als die des Quecksilbers, so wird man vorsichtshalber in allen Fällen mit Stenosegefahr zum Quecksilber greifen. Was die Bemerkung Bonain's anlangt, so ist es Thatsache, dass die Intubation bei den Laryngologen wenig in Gebrauch ist. Morphium kann wohl nur gegen die spastischen Anfälle, aber nicht beim echten Oedem des Larynx wirkungsvoll sein.

Guisez (Paris): Ueber Tracheo-Bronchoskopie.

Mittheilung von einigen durch Oesophagoskopie geheilten Fällen. Vortheile der directen Behandlungsmethoden vor den indirecten mittels Spiegel, bei schwer erreichbaren Polypen der vorderen Commissur und subglottischem Sitze von Larynxtumoren. In einem Falle wurde sogar Thyreotomie von berufener Seite vorgeschlagen, während es Guisez gelang, mit directer Laryngoskopie des Tumors habhaft zu werden.

Guisez (Paris): Oesophagusstenosen. (Referirt).

Discussion:

Moure kennt einen Fall, wo im Anschluss an Oesophagoskopie bei Dilatation des Oesophagus Mediastinitis mit Exitus erfolgt ist.

Claoué hat drei Fälle von Fremdkörper zu sehen Gelegenheit gehabt, davon waren zwei in den Bronchien, einer im Oesophagus. Er schlägt bei Kindern die untere Bronchoskopie vor.

Escat berichtet über einige Fälle mit unglücklichem Ausgang. Einmal kam er aus dem Oesophagus in den Bronchus, ein ander Mal starb der Patient 24 Stunden nach der Oesophagoskopie. Einmal gelang es ihm zwar nach unterer Bronchoskopie, den Fremdkörper aus dem Bronchus hervorzuholen, aber das sechsjährige Kind starb doch unter asphyktischen Erscheinungen.

Texier: Todesfall bei einem 2jährigen Kinde, bei dem wegen eines Fremdkörpers (Münze) in der Speiseröhre zuerst der Münzenfänger von Graefe, dann der von Kirmisson verwendet wurde. Subcutanes Emphysem. Trotz Bronchoskopia inferior starb das Kind.

Escat giebt bei Münzen im Oesophagus dem Haken von Kirmisson den Vorzug.

Guisez (Schlusswort) ist ebenfalls von der Vortrefflichkeit des Kirmisson-schen Hakens überzeugt, aber da er nur sehr complicirte Fälle zu sehen Gelegenheit hat, kommt er weniger in Verlegenheit, andere als directe Methoden zu benutzen. Auf 33 Fälle hat er nur 4 Erfolge zu verzeichnen.

Garel (Lyon) Kehlkopfkrebs, endolaryngeal operirt (referirt).

Georges Laurens (Paris): Behandlung des Kehlkopfkrebses mittels Fulguration.

Der Autor hat 2 Fälle mittels Fulguration behandelt. Beide Patienten befinden sich jetzt noch, 6 Monate nach der Operation, im besten Wohlsein und besitzen auch die Sprache. Ohne über den endgültigen Werth der Methode ein Urtheil abzugeben, kann er die Methode mit Rücksicht auf die unmittelbaren Resultate nur empfehlen.

Gault (Dijon): Ein Fall von Laryngectomie.

Patient hatte fulgurirt werden sollen, aber es kam nicht dazu.

Discussion:

Molinié hat bei 4 Fällen (Krebs im Munde, Zunge, Pharyny, Larynx) nur schlechte Resultate erlebt. Es erfolgte entweder bald der Tod, oder doch rapide inoperable Recidive. Die Fulguration wurde von Keating Hart und Juge ausgeführt.

Jacques hat in einem Fall zwar keinen Schaden, jedoch auch keinen Erfolg mit der Fulguration erlebt.

Lermoyez kann zu keinem abschliessenden Resultat über den Werth der Fulgurationsmethode kommen. Nach der Meinung vieler Chirurgen ergiebt die Methode nichts bei den schweren Fällen, wo sie dasselbe leistet, wie der Thermokauter, und verschlimmert die leichten Fälle. Jedenfalls muss man damit rechnen, dass diese Methode eine starke Lymphorrhoe erzeugt, wodurch Gefahr der Bronchopneumonie, ferner, dass sie auf die Umgebung eine sklerotisirende Wirkung ausüben kann, wodurch die Gefahr der Thrombosirung benachbarter grösserer Gefässe entsteht. Es scheint, dass die Resultate der Fulgurationsmethode sehr zweifelhaft sind.

Sitzung vom 12. Mai.

Moure u. Cauzard, Berichterstatter für das otologische Thema: Gehörprüfungsmethoden.

Castex (Paris): Ueber Keratintumoren des Larynx.

Im Anschluss an die Inaugural-Dissertation des jüngeren Poyet berichtet Castex über einige Tumoren des Kehlkopfes, die sich durch weisse Farbe und mitunter grosse Härte auszeichnen. Mikroskopisch findet man Verhornung des Epitheliums. Castex sagt von diesen Tumoren, dass sie maligne von Diagnose und benigne von Prognose sind.

Discussion:

Garel hat wiederholt bösartige Tumoron des Kehlkopfes ziemlich lange (in einem Falle 7 Jahre) bestehen sehen, namentlich bei älteren Leuten.

Escat sah einmal einen subglottischen Tumor bei einem 50jährigen Patienten recidiviren, und zwar in Form eines weissen Tumors. Seitdem hat er noch wiederholt solche weissen, zottige Tumoren gesehen, die er für Papillome hält.

Castex sagt, dass diese Tumoren thatsächlich nichts seltenes sind. Histologisch muss man nur hervorheben, dass in einigen Fällen Epithelialknospen in der Tiefe zu sehen waren, und dass die Prognose dennoch eine gute war.

Sitzung vom 13. Mai.

Thooris (Paris): Ueber diaphragmatische Athmung.

Graphische Messungen und radioskopische Untersuchungen, an Soldaten vorgenommen. Th. empfiehlt bei Insufficienz der diaphragamtischen Atmung eine Gymnastik, die von den besten Resultaten begleitet ist.

Labouré (Amiens): Posttraumatische Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes.

Hufschlag mit Fraktur des Unterkiefers und plötzlicher Aphonie. 10 Tage später sieht L. noch eine Ecchymose des Kehlkopfeinganges und eine rechtsseitige Paralyse des Stimmbandes. Die Paralyse war eine totale und später von Atrophie gefolgt.

Lannois (Lyon): Knötchenbildungen in Nasenpolypen. (Referirt.)

Caboche (Paris): Sarcom des Siebbeins. Resection mittels paranasaler Methode.

Patient von 46 Jahren wurde nach Resection des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkiefers, des Nasenbeines und des linken Siebbeins von einem grossen Sarcom befreit. Nach 5 Monaten stellte sich Exophthalmus und Coma ein. Der Patient starb offenbar in Folge Einwucherung des Sarcoms in die Schädelhöhle.

Broeckaert (Gand): Ist der Recurrens ein ausschliesslich motorischer Nerv?

Nach einer Section des Nerven kommt der Autor zu dem Schlusse, dass der Recurrens sensible Fasern für Trachea und Oesophagus führt.

Münch (Paris): Kieferhöhleneiterung.

Schlägt zur Behandlung die Leitungsanaesthesie vor nach Cocainisirung des Nervus maxillaris superior in der Fossa pterygomaxillaris (Technik nach Ostwall.)

Münch (Paris): Oesophagoscopie und Tracheoscopie.

M. hat ein eigenes Bronchopharyngoscop angegeben, bei dem die Beleuchtung am distalen Ende angebracht ist.

Bar (Nizza): Diffuse peripharyngeale Phlegmone.

Diese durch die verschiedensten Microben erzeugte Phlegmone des Rachens

bietet meist diagnostische Schwierigkeiten. Es kommt selten zur Bildung eines echten Abscesses. Die Prognose ist gewöhnlich infaust. Der Tod kann nach 3—4tägiger Krankheit erfolgen, unter Erscheinungen von allgemeiner Sepsis mit geringer Temperatursteigerung.

Perretière (Lyon): Katarrh der Sänger.

Uebersicht über die bekannten professionellen Störungen der Singstimme.

Lautmann (Paris).

IV. Briefkasten.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Von Herrn Hofrath O. Chiari (Wien), dem Vorsitzenden des permanenten internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologen-Congresse erhalten wir folgendes Schreiben:

Sehr geehrter Herr Collega!

Die Entscheidung über Ort und Zeit des nächsten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses wurde gelegentlich des Budapester internationalen medicinischen Congresses von dem leider nicht vollzähligen internationalen Comité einem engeren Comité, bestehend aus B. Fränkel, Dundas Grant, Moure und O. Chiari, als Präsidenten, übertragen.

Da ich aber bei dieser wichtigen Angelegenheit die Stimmen aller Mitglieder des internationalen Comités hören wollte, sandte ich an Alle ein Rundschreiben.

Die letzte Antwort lief erst heute ein. Die Wünsche der einzelnen Herren lauten wie folgt:

	Zeit	Ort
B. Fränkel	1911	Berlin
P. Heymann	1911	Berlin
F. Massei	1911	Berlin
E. J. Moure	1911	Berlin
P. Hellat	1911	jede grössere mitteleuropäische Stadt
L. Lubliner	1911	Kopenhagen
G. M. Lefferts	1912	Boston
J. W. Gleitsmann	1912	Amerika (Boston)
Chiari	1911	Berlin
Dundas Grant	1911	Berlin.

Es liegen also 6 Stimmen für 1911 und Berlin, eine für Kopenhagen 1911, eine für eine grössere mitteleuropäische Stadt 1911 und zwei für 1912 und Boston vor. Die Mehrzahl hat sich also für 1911 und Berlin ausgesprochen und zwar alle Mitglieder des engeren Comités.

Wir hatten natürlich alle die Absicht, den nächsten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zusammen mit dem Otologen-Congress zu veranstalten. Deswegen wandten besonders Moure und ich uns an das internationale Otologen-

Comité, um dieses zu bewegen, den Otologen-Congress auf 1911 zu verlegen. Alle unsere Bemühungen waren aber in dieser Hinsicht vergebens.

So haben denn schliesslich die meisten Herren unseres Comités für 1911 und Berlin gestimmt, doch haben die meisten sich auch dahin ausgesprochen, dass für die Zukunft die äussersten Anstrengungen zu machen seien, damit die Laryngo-Rhinologen und Otologen im Anschluss an einander ihre internationalen Congresse abhalten. Es entspricht ja dies dem Comitébeschlusse in Budapest 1909, welcher Beschluss eben durch den Wunsch sehr vieler Fachcollegen aus allen Ländern hervorgerufen wurde. Das Comité wird sicher weiter dahin arbeiten, dass wenigstens in der Zukunft dieser Wunsch erfüllt wird.

Es würden sich dann Laryngo-Rhinologen mit den Otologen alle 4 Jahre zu einem internationalen Congresse zusammenfinden und zwar zwischen je 2 internationalen medicinischen Congressen, wie das in der October-Nummer von 1909 dieses Centralblattes erörtert wurde. Dort sind auch die Comitébeschlüsse betreffs der Referate, der Congresssprachen etc. einzusehen.

Es ergiebt sich also als Comitébeschluss, dass der dritte internationale Laryngo-Rhinologen-Congress 1911 in Berlin tagen wird. B. Fränkel hat auch bereits in einem Schreiben vom 22. October 1909 erklärt, dass er die Wahl Berlins als eine hohe Auszeichnung betrachten und dafür sorgen würde, dass die Einladung des Congresses von den betheiligten Factoren in aller Form erfolge.

Ferner gereicht es mir zur besonderen Genugthuung, mitzutheilen, dass das Harvard College in Boston am 22. November 1909 den Beschluss gefasst hat: „dass der internationale laryngologische Congress eingeladen wird, seine nächste Zusammenkunft in dem Gebäude der Harvard Medical School abzuhalten." Natürlich können wir dieser Einladung nicht Folge leisten, doch werde ich für diese Ehre im Namen des Comités danken.

Zu unserem grossen Bedauern ist unser berühmter amerikanischer College, George M. Lefferts, aus unserem Comité ausgetreten, weil er wegen seines Alters und verschiedener Geschäftsangelegenheiten die Pflichten eines activen Mitgliedes nicht erfüllen könne.

Es obliegt nun noch dem internationalen Comité, die Referate zu bestimmen, sowie auch in Gemeinschaft mit dem localen Berliner Comité das Datum festzusetzen.

Mir erscheint es am besten, drei Tage für die Congressverhandlungen zu bestimmen und den Congress Ende August abzuhalten, weil um diese Zeit sehr viele amerikanische Collegen Europa besuchen und die grösste Hitze bereits vorüber ist.

Ich ersuche deshalb alle Mitglieder des Comités, mir umgehend ihre Ansichten über das Datum und die Dauer des Congresses zukommen zu lassen und zugleich die Themata der drei Referate, sowie je zwei Referenten vorzuschlagen.

Wien I, Bellariastrasse 12, 27. December 1909.

O. Chiari,

Präsident des internationalen Comités der Laryngo-Rhinologen-Congresse.

Begrüssung Felix Semon's durch die Laryngologen in Madrid.

Die spanischen Fachgenossen haben es sich nicht entgehen lassen, Semon bei seiner Anwesenheit in Madrid, wo er auf seiner Reise um die Welt die erste Station machte, einen festlichen Empfang zu bereiten. Wie uns College Tapia mitzutheilen die Güte hatte, war die feierliche Eröffnung der von ihm errichteten neuen Klinik für Hals- und Ohrenkranke bis zur Anwesenheit Semon's verschoben worden. Es fand aus diesem Anlass eine Garden-party mit anschliessendem Lunch statt, woran Vertreter der Regierung, zahlreiche hervorragende Mediciner und Angehörige der Madrider Aristokratie theilnahmen. Aus all den zahlreichen an den gefeierten Gast gehaltenen Ansprachen, in denen er von der Regierung, der medicinischen Facultät Madrids, der Königlichen Academie. der spanischen Gesellschaft für Laryngologie, dem Institut Rubio, der medico-chirurgischen Academie etc. begrüsst wurde, klang die Werthschätzung und Verehrung wieder, deren er sich im Vaterlande Manuel Garcia's erfreut.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Februar. 1910. No. 2.

I. Referate.

Aeusserer Hals, Medicamente, Instrumente.

1) **Goris. Beitrag zum Studium der Halstumoren. (Contribution à l'étude des tumeurs du cou.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. de Chir. etc. No. 8. 1909.*

In der Sitzung der belgischen chirurgischen Gesellschaft vom 30. October 1909 theilt G. zwei Fälle von schwer diagnosticirbaren Halstumoren mit:

1. Eine seröse Cyste des Halses (cystisches Lymphangiom) bei einem 8jährigen Kinde, welches zuerst für ein Lipom, dann aber wegen seines raschen Wachsthums und des hellen Percussionsschalles vom Autor für eine Lungenhernie, von Bardenheuer für ein Angiom gehalten wurde. Die Operation ergab eine seröse Cyste (cystöses Lymphangiom), vermuthlich congenitaler Natur.

2. Bei einem 14jährigen Mädchen bestand eine Geschwulst an der linken vorderen seitlichen Halsgegend, welche im Alter von 7 Jahren entstanden war. Der Autor hält dieselbe für ein diffuses Lymphangiom, welches, sich im Zellgewebe entwickelnd, durch sein Volumen den Kehlkopf deplacirte und durch den beständigen Druck die Clavicula deformirte.

Die Radiographie bestätigte diese Auffassung. BAYER.

2) **A. Broca** und **Masson** (Paris). **Congenitale Halscysten mit dermo-lymphoider Wand. (Kystes congénitaux du cou à paroi derme-lymphoide.)** *La Presse Médicale. 11. September 1909.*

Verff. berichten über zwei Beobachtungen bei Patienten von 39 und 23 Jahren. Durch die histologische Untersuchung der excidirten Cystenwand wurde deren lymphoide Natur festgestellt. GONTIER de la ROCHE.

3) **J. John Kyle. Bericht über einen Fall von tiefem Cervicalabscess infolge Strictur des Oesophagus und Bericht über einen Fall von Purpura haemorrhagica mit Abscess der tiefen Cervicaldrüsen. (Report of a case of deep cervical abscess from stricture of the esophagus and report of a case of purpura hemorrhagica with abscess of the deep cercical lymphatics.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Im ersten Falle sass die Strictur gerade unter dem Speiseröhrenmund. Nach dem Versuch, Bougies hindurchzubringen, wurde zuerst Erleichterung verspürt, am folgenden Tage jedoch bestand Schmerz und Schwierigkeit beim Schlucken. Exitus. Die Autopsie ergab das Vorhandensein von stinkendem Eiter in der oberflächlichen Cervicalfascie und eine Obliteration des Oesophagus. Verf. meint, die Entzündung sei wahrscheinlich infolge einer Infection vom Oesophagus aus entstanden und der Exitus durch eine Abductorlähmung im Kehlkopf infolge der tiefsitzenden Cervicalentzündung eingetreten.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Kind mit Streptokokken- und Pneumokokkentonsillitis mit Infection der tiefen cervicalen Lymphdrüsen. Zwei Wochen später trat eine plötzliche Blutung aus der rechten Tonsille auf und später ein grosses Blutextravasat über der rechten Clavicula und weiterhin andere Extravasate am ganzen Körper. Die Claviculaschwellung ging in Eiterung über und das Kind starb.

EMIL MAYER.

4) **Broeckaert** (Gand). **Ueber einen Fall von Rhino-Pharyngocele. (A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle.)** *Congrès de Chirurgie. Paris, 4. October 1909. Revue hebdomadaire de laryngologie. No. 49. 1909.*

Beobachtung eines Lufttumors bei einem einige Monate alten Kinde; der Tumor hatte, wenn das Kind schrie oder weinte, die Grösse einer Orange und liess sich völlig reponiren.

Beim Abtasten des Nasenrachenraums kann man constatiren, dass die Rosenmüller'sche Grube anormal entwickelt ist. Drückt man den Finger gegen diese Stelle, so kann sich der einmal reponirte Tumor nicht wiederbilden.

Es handelt sich um eine besonders ausgesprochene Form von Pertich'schem Diverttkel, einer angeborenen Missbildung, die durch partielles Persistiren der zweiten Kiemenspalte entsteht.

GONTIER de la ROCHE.

5) **Batut** (Marseille). **Grosse supra-hyoidale Dermoidcyste. (Kyste dermoide sus-hyoidien volumineux.)** *Société de Chirurgie de Marseille. 27. Mai 1909.*

Der ungefähr eigrosse Tumor wurde auf suprahyoidalem Wege entfernt. Die Punction hatte einen serösen Inhalt ergeben.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Veau. Zwei Fälle von Entfernung der Thymus. (Deux cas d'ablation du thymus.)** *Société de pédiatrie. 19. Juni 1909.*

V. hat bei zwei Kindern mit Stridor einen Theil der Thymus entfernt. Im ersten Falle litt das Kind an Suffocationsanfällen mit Cyanose; es trat sofort Besserung auf, nachdem der obere Theil des linken Lappens in Grösse einer Haselnuss exstirpirt worden war.

Im zweiten Fall, in dem Einziehungen und Stridor bestanden, wurde der ganze linke und die Hälfte des rechten Lappens entfernt, im Ganzen $4^1/_2$ g an Gewicht. Das Resultat war negativ.

Der Eingriff ist nur gerechtfertigt, wenn eine wirkliche Hyperplasie der Thymus vorliegt. A. CARTAZ.

7) **W. Hinrichs. Behinderung der Athmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu grosse Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde. Operation. Heilung.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Hervorzuheben ist die Thatsache, dass zuerst Schluckbeschwerden und erst später Athemstörungen sich einstellten. OPPIKOFER.

8) **Dimitrios Styl. Dimitriadis** (Athen). **Ueber Inhalationen im Alterthum und die mannigfachen Methoden derselben zur Heilung der verschiedenen Krankheiten mit zwei Abbildungen eines antiken gläsernen Inhalationsgefässes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 11. 1909.*

Der über obiges Thema auf dem internationalen Aerztecongress in Budapest 1909 gehaltene Vortrag enthält zahlreiche historische Quellenangaben unter Mittheilung der entsprechenden therapeutischen Verordnungen. Das in der Arbeit abgebildete Glasgefäss befindet sich im Vasensaal des Athener Centralmuseums und wird vom Autor als Inhalationsgefäss angesprochen. HECHT.

9) **A. Hartmann** (Berlin). **Eine einfache Inhalationsmaske.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 52. S. 2261. 1908.*

Eine der Gesichtsform angepasste mit Gummibändern zu befestigende Maske aus feinem Drahtgewebe. Die zu inhalirenden flüchtigen Substanzen (Menthol, Eukalyptol, Ol. pini, Ol. terebinth., Bromoform) werden am besten mit Ungt. paraffini zu gleichen Theilen vermischt, auf die Maske aufgepinselt. Die Maske kann auch als Respirator benutzt werden und mit einer aus einer beigefügten Abbildung ersichtlichen Modification auch als Chloroformirmaske. ZARNIKO.

10) **Hirschberg** (Berlin-Fichtenau). **Cethal-Inhalationsapparat zur Behandlung von Erkrankungen der Athmungsorgane.** *Med. Klinik. 51. 1909.*

Bei dem Apparat kann warme mit dem Arzneistoff beladene Luft bis in die tiefsten Partien der Nase, des Rachens und der Lunge eindringen. SEIFERT.

11) **L. M. Chesney** (London). **Anwendung von Thorium und Radium bei einigen Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfs. (Use of Thorium and Radium in some diseases of the pharynx and larynx.)** *Practitioner. London. Vol. 83. p. 233.*

Verfasserin hat zur Unterstützung der Sanatoriumbehandlung der Larynx- und Lungentuberculose sich in 5 Fällen des durch Ammonium neutralisirten Thoriumnitrats bedient. Es scheint, als ob sie die Besserung der Kehlkopfsymptome mit zu wenig Berechtigung mehr dem Gebrauch des Thoriums als der Ruhe und der sonstigen Behandlung zuschreibt. Sie behauptet auch, günstige Wirkungen der Inhalationen bei nicht-tuberculöser Pharyngitis und Laryngitis gesehen zu haben, jedoch werden keine Details mitgetheilt. Radium wurde so angewandt, dass

2,5 mg Radiumbromid in einem an einer Kehlkopfsonde angebrachten Ball in den Larynx eingeführt und 2 mm von der Oberfläche der Stimmlippen- oder Hinterwandgeschwüre entfernt gehalten wurde. Dies wurde 3—4 mal täglich eine halbe Minute lang gethan; die Resultate waren unbefriedigend. JAMES DONELAN.

12) **Bruck** (Berlin). **Das Cocain in der rhinologischen Praxis.** *Med. Klinik. 49. 1909.*

Eucain, Alypin, Novocain sind keine Ersatzmittel des Cocains, sie werden es erst durch Zusatz eines Nebennierenpräparates. Bruck glaubt nicht, dass die acute Cocainvergiftung so häufig sei, wie dies vielfach angegeben wird.

SEIFERT.

13) **Perl** (Berlin). **Ueber Propaesin und seine schmerzstillende Wirkung.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

Bei Angina und vor allem bei schwerer Larynxtuberculose wurde durch Auf- resp. Einblasen auffällige Minderung der Schmerzen erzielt. Die Propaesintabletten schmecken zwar angenehm, bleiben aber an Effect hinter dem Pulver zurück.

SEIFERT.

14) **A. v. Kirchbauer** (Nürnberg). **Ueber Coryfin und seine Anwendung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. S. 2224. 1908.*

Verf. hat das von den Elberfelder Farbenfabriken hergestellte Coryfin (Aethylglycolsäureester des Menthols) bewährt gefunden beim acuten Schnupfen, beim chronischen Schnupfen, bei Kehlkopf-, Luftröhren-, Bronchialkatarrh, ferner (äusserlich angewandt) bei Neuralgien. ZARNIKO.

15) **J. Garel. Eine Umwälzung in der Rhinoscopia posterior durch das Rhinoskop von Harald Hays. (Une revolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harald Hays.)** *Annales des maladies de l'oreille. du larynx etc. Tome XXXV. No. 11.*

Garel giebt eine Beschreibung und zwei Abbildungen des von Harald Hays erfundenen Pharyngoskops, dessen Technik so leicht ist, dass jeder Arzt in wenig Minuten sich die sonst schwieriger zugänglichen Theile des Cavums vor Augen führen kann. Der Apparat gestattet auch eine ebenso leichte Inspection des Larynx, namentlich der vorderen Commissur. LAUTMANN.

16) **Harald Hays. Ein elektrisch erleuchtetes Pharyngoskop. Eine neue Methode zur Untersuchung von Larynx und Nasenrachen. (An electrically lighted Pharyngoscope. A new method of examining the larynx and nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 17. April 1909. American Journal of Surgery. Mai 1909.*

Das Instrument besteht aus einem horizontalen und verticalen, durch ein Schraubengewinde mit einander verbundenen Theil; an dem verticalen Theil ist der Handgriff und die Anschlussvorrichtung für die Leitungsdrähte. Der horizontale Theil, der wie ein Zungenspatel auf die Zunge gedrückt wird, trägt an seinem Ende einen kleinen Spiegel und zu jeder Seite desselben ein Mignonlämpchen. Der optische Apparat hat grosse Aehnlichkeit mit einem Cystoskop. Je nachdem

der Spiegel nach oben oder unten gedreht wird, kommt der Nasenrachen oder Kehlkopf zu Gesicht. Verf. rühmt als besonderen Vorzug des Instruments, dass es auch dem mit der postrhinoskopischen Technik nicht vertrauten Practiker ermöglicht, den Nasenrachen — selbst bei Kindern — leicht zu untersuchen, dass es auch bei bewusstlosen Patienten angewandt werden kann. Besonders eignet es sich, um die Seitenwände des Nasenrachens und die Gegend der Eustachischen Tuben zu Gesicht zu bringen.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **E. A. Rothmann. Die Beseitigung des Gesichtserythems — rothe Nase — durch prolongirte innerliche Anwendung von Adrenalin. (The removal of erythema from the face — red nose — by the prolonged internal administration of Adrenalin.)** *Lancet. 19. Januar 1909.*

Fünf Tropfen von 1 prom. Adrenalinlösung werden dreimal täglich 4 bis 5 Monate lang mit kurzen Intervallen gegeben. Bericht über 3 Heilungen.

ADOLPH BRONNER.

18) **Vincenzo Montesano. Lupus erythematodes der Nase mit Raynaud'schem Symptomencomplex. (Lupus erythematodes del naso associato a sindreme del Raynaud.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Bericht über einen 30jährigen Mann, der diese beiden seltenen Affectionen gleichzeitig darbot. Es handelte sich um die als Lupus erythematosus discoides bezeichnete Form an der Nase, während an den Händen sich eine beginnende symmetrische Gangrän fand.

FINDER.

19) **F. Autié. Die Abscesse der äusseren Nase und der Nasenhöhle. (Les abcès du nez et des fosses nasales.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

A. bespricht vorerst die Abscesse, die aussen an der Nase entstehen können, dann die Septumabscesse. Im Ferneren werden Tuberculose und Syphilis kurz erwähnt, Abscesse durch Fremdkörper und Abscesse nach Paraffininjectionen. Verf. bespricht in seiner kurzen Arbeit auch „die Abscesse der äusseren nasalen Wand“ (eiternde Knochenblasen, Ethmoiditis). Die wenige Literatur ist einseitig berücksichtigt.

OPPIKOFER.

20) **W. W. Carter. Die Behandlung von Fracturen und Einsenkungen der Nase mittels einer neuen Methode. (The treatment of fractures and depressed deformities of the nose by a new method.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. hat einen Apparat zur orthopädischen Behandlung der Nasendeformitäten angegeben, dessen Beschreibung sich im Referat nicht wiedergeben lässt. Er beruht auf dem Princip, dass der beste Weg zur Correction einer Deformität darin besteht, dass man die Richtung der Kraft, die jene Deformität hervorgebracht hat, umkehrt.

EMIL MAYER.

21) **Eugene S. Talbot. Aetiologie von Gesichts-, Nasen- und Kieferdeformitäten. (Aetiology of face, nose and jaw deformities.)** *N. Y. Medical Journal. 3. April 1909.*

Wo Bildungshemmungen des Kiefers vorhanden sind, da giebt es auch Nasenstenosen mit Atrophien und Hypertrophien und Deformitäten der Nasenknochen und der Schleimhaut. Beide Zustände gehen Hand in Hand; sie hängen nicht — wie man früher annahm — in ausgesprochenem Maasse von einander ab, sondern sind beide die Folge eines labilen Nervensystems. Die erfolgreiche Behandlung des einen muss von günstigem Einfluss auf den anderen sein. LEFFERTS.

22) **John O. Roe. Die Correction von Nasendeformitäten. (The correction of nasal deformities.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Verf. schildert die Umstände, die bei der subcutanen Methode von Seiten des Arztes die grösste Sorgfalt und Geduld erforderlich machen: es darf nicht zu viel und nicht zu wenig Gewebe fortgenommen werden, und eine Verletzung der Haut muss sorgfältigst vermieden werden; die subcutanen Wunden heilen sehr langsam und die Nachbehandlung darf nicht zu früh abgebrochen werden.

EMIL MAYER.

23) **R. H. Allen. Neues Verfahren zur Bildung neuer Nasen. (New process of making new noses.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Das vom Verf. empfohlene Verfahren besteht darin, dass zuerst ein hohles metallisches Gerüst für die neuzubildende Nase gemacht wird. Dann wird in der Gingivolabialfalte eine Incision gemacht, die Gesichtsmaske nach oben gezogen, bis die Gegend des Nasendefects vollkommen frei liegt. Dann wird das metallische Gerüst durch die Wunde unter die Lippe geschoben, wo es liegen bleibt. Die Wunde wird durch Naht geschlossen. LEFFERTS.

24) **Goyanes** (Madrid). **Ein interessanter Fall von Rhinoplastik. (Un caso intersante de rinoplastia.)** *Revista Clinica de Madrid. 15. April 1909.*

Verf. beschreibt eine neue sehr originelle Methode, die auf der Idee der bitegumentären Plastik beruht. Die Resultate waren ausgezeichnet. TAPIA.

25) **O. Kraftmeier. Plastischer Ersatz bei Defect der Nase und Deformität der Oberlippe.** *Dissert. Kiel 1908.*

Beschreibung der verschiedenen Verfahren der Rhinoplastik und Mittheilung eines Falles von Nasen- und Lippenplastik bei einer Lupuspatientin aus der chirurgischen Klinik von Helferich. OPPIKOFER.

26) **Dermann** (Jugowska). **Beiträge zum histologischen Bau der knorpeligen Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung des Hämatoms.** *Dissert. Bern 1909.*

Verfasserin sah an einer erwachsenen Leiche vorn in dem mit Plattenepithel bedeckten Knorpeltheil des Septum einen bisher nicht beachteten grossen Spaltraum mit endothelartiger Auskleidung, welche in das Endothel der an dieser Stelle dem Septum anliegenden Venen beider Seiten überging; also eine Anastomosenbildung zwischen beiden Venen durch das Septum hindurch. Diese Anastomosen fand sie

bei 3 Septen, auch eines 10jährigen Mädchens und eines Neugeborenen. Verfasserin hält diese Anastomosen von grosser Wichtigkeit für die Entstehung des nicht traumatischen Hämatoms. Dasselbe sei vielleicht gar keine Extravasationsgeschwulst, sondern eine Varixbildung. Endlich frage es sich, ob nicht das Ulcus perforans in Zusammenhang mit den communicirenden Anastomosen zu bringen sei? Es ergäbe sich hierbei histologisch Coagulationsnekrose des Epithels, der Schleimhaut und des Knorpels. Die Thrombenbildung beförderte die Invasion pyogener Bakterien.

JONQUIÈRE.

27) **Richard. Betrachtungen über Nasenscheidewanddeviationen. (Considérations sur les déviations de la cloison nasale.)** *Archives médic. Belges. November 1909.*

Der Autor behandelt die Frage vom militärärztlichen Standpunkte aus und kommt dabei zu dem Schluss, dass die Deviationen sich häufig bei Soldaten vorfinden, aber selten so ausgesprochen sind, dass sie die Athmung ernstlich beeinträchtigen und so die Entlassung aus dem Militärdienst rechtfertigen.

BAYER.

28) **B. von Gámán** (Kolozsvar, Ungarn). **Septumluxation, mit Elektrolyse geheilt.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1909.*

Die Anwendung 30—40 M.-A. starken bipolaren Stromes 5—10 Minuten lang ergab nach drei Sitzungen vollständige Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

29) **Infante** (Salamanca). **Septumdeviationen und ihre chirurgische Behandlung. (Deviaciones del tabique y des tratamiento quirurgico.)** *Doctoratsthese. April 1909.*

Verf. plaidirt für Anwendung der submucösen Methode in allen Fällen.

TAPIA.

30) **M. Petit. Betrachtungen über die gegenwärtig geübte Chirurgie der Nasenscheidewand. (Considérations sur la chirurgie actuelle du septum nasal.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf. giebt, ohne Kritik zu üben, eine kurze Uebersicht über alle die zahlreichen Operationsmethoden, die an der Nasenscheidewand ausgeführt werden können. Nicht zutreffend ist die Angabe, dass alle Rhinologen abrathen, an der Nasenscheidewand des Kindes zu operiren.

OPPIKOFER.

31) **Irving Voorhes. Submucöse Septumresection. (Submucous resection of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1909.*

Der Artikel giebt eine genaue Darstellung der Technik der Operationsmethode, die den Zweck hat, dem allgemeinen Practiker von ihr eine richtige Vorstellung zu verschaffen.

LEFFERTS.

32) **Garcia Vicente** (Madrid). **Die submucöse Septumresection. (La reseccion submucosa del tabique nasal.)** *Vortrag, gehalten im Atene medico-quirurgico der Beneficiencia municipal. Februar 1909.*

Nach einer sorgfältigen vergleichenden Studie der verschiedenen Methoden

kommt Verf. auf Grund von zahlreichen Fällen, die auf der Tapia'schen Klinik und von ihm selbst operirt wurden, zu dem Ergebniss, dass die submucöse Methode die beste ist.

TAPIA.

33) H. Horn. **Die Schwierigkeiten und Complicationen der submucösen Operation bei Scheidewanddifformitäten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 115. 1909.*

H. zieht im Grossen Ganzen die Freer'schen Instrumente denjenigen von Killian vor. Auch zur Anästhesirung benutzt H. die von Freer angegebene Methode: Nach Adrenalisirung wird fein gepulvertes oder feines crystallisirtes Cocain mit einem kleinen feuchten Wattepinsel in die Schleimhaut eingerieben; Intoxicationssymptome wurden nicht beobachtet. Bei der perineuralen Injection nach den Angaben von Killian sah H. eine Patientin unmittelbar nach der Einspritzung ohnmächtig werden; bei einer anderen Patientin stellte sich sofort nach der Einspritzung ein plötzlicher unerträglicher Kopfschmerz ein.

Als einfaches und zugleich hervorragendes Tamponadematerial empfiehlt H. das von Freer empfohlene „sterilized absorbent lint“.

Unter den 110 Septumresectionen, die H. ausführte, entstand bei 8 eine dauernde Septumperforation.

Ueberraschend ist die grosse Zahl von unangenehmen Zufällen, die der Autor beobachtete: Bei 13 stellte sich eine Tonsillitis ein; in einem dieser Fälle schloss sich an die Mandelentzündung eine schwere Peri- und Endocarditis mit nachträglich andauerndem Herzfehler; 3 mal sah H. eine acute Mittelohreiterung eintreten, 4 mal sind schwere Blutungen während der Operation notirt. In zwei Fällen entwickelte sich ein Septumabscess, 1 mal eine Perichondritis; 2 mal passirte es dem Autor, dass „er bei vollständiger Entfernung des Vomers in die Keilbeinhöhle eingebrochen war“; doch heilten diese Fälle ohne Nachtheil.

OPPIKOFER.

34) Réthi (Wien). **Operationen an der Nasenscheidewand im jugendlichen Alter.** *Med. Klinik. 31. 1909.*

Es ist von Vortheil, bei Kindern principiell möglichst viel von den festen Septumbestandtheilen zu erhalten und namentlich von den Vorsprüngen nicht zu viel zu entfernen, um das Septum seiner Stütze nicht zu berauben, da dasselbe während seines Wachsthums einer solchen zuweilen bedarf, und es wird sich empfehlen, die Indicationsgrenzen bei Operationen von Nasenscheidewandverbildungen im jugendlichen Alter noch enger zu ziehen als bei Erwachsenen.

SEIFERT.

35) Sieur und Rouvillois. **Behandlung der Difformitäten der Nasenscheidewand mittels der subcutanen Methoden. (Traitement des malformations de la cloison nasale par les procédés sousmuqueux.)** *Revue hebd. No. 30. 1909.*

Genaue Beschreibung der Killian'schen Technik. Die Resultate der beiden Autoren sind sehr günstig, weil die Soldaten (junge, kräftige Männer) das Material abgeben und die Operation nicht ambulatorisch ausgeführt wird.

LAUTMANN.

36) **C. W. Richardson. Die operative Behandlung der Nasenscheidewandverbiegung. (The operative treatment of deflection of the nasal septum.)** *Journal of the American Medical Science. Februar 1909.*

Verf. wägt die Vortheile und Nachtheile der alten Methode der Geraderichtung des Septums gegenüber der submucösen Resection ab. Er kommt aber schliesslich zu dem Schluss, dass in den Händen eines guten Operateurs die letztere Methode vorzuziehen ist.

EMIL MAYER.

37) **G. H. Cocks. Submucöse Septumresection; mehr Conservatismus bei der Auswahl der Fälle. Operationstechnik. (Submucous resection of the nasal septum; need of more conservatism in selection of cases. Technic of operation.)** *American Journal of Surgery. Juli 1909.*

Bei vielen Patienten entsteht durch ausgiebige Entfernung des knorpeligen und knöchernen Septums häufig ein zu weiter Raum für die Nasenathmung. Die Folge ist Trockenheit der Nase, Ansammlung des Secrets, Nasopharyngitis nebst ihren Begleiterscheinungen von Seiten der Eustachischen Tube und des Mittelohrs.

Wenn also die Beschwerden des Patienten beseitigt werden können durch die einfache submucöse Abtragung der Leiste, so ist das beste, sich mit diesem verhältnissmässig einfachen Eingriff zu begnügen.

EMIL MAYER.

38) **Johann Fein** (Wien). **Ein Beitrag zur Vereinfachung der submucösen Fensterresection.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol Heft 8. 1909.*

Fein emfipehlt statt der ausgedehnten Abhebelung der Schleimhaut der contralateralen Seite durch den engen geraden Knorpelschnitt, die die Gefahr einer Schleimhautverletzung dieser Seite in sich birgt, „nach Ablösung der Schleimhaut der einen Seite zunächst durch mehrere entsprechende Schnitte in den Knorpel — unter Augencontrole oder Fingerschutz der entgegengesetzten Seite — eine nach allen Seiten umschnittene Knorpelscheibe abzugrenzen, welche nur noch mit der einen Fläche an der Schleimhaut bezw. dem Perichondrium der contralateralen Seite haftet". Diese Knorpelplatte lässt sich dann leicht mittels Elevatorium oder Hakenpincette von der Schleimhaut der anderen Seite abheben, wodurch die Gefahr einer Schleimhautverletzung dieser Seite ausgeschaltet wird. Das auf diese Weise entstandene grosse Fenster im Knorpel erleichtert das Weiterarbeiten nach allen Richtungen bedeutend· Nun kann man in der Operation in der typischen Weise fortfahren oder auf die gleiche Weise weitere Knorpelplatten umschneiden und abheben. Am Knochen lässt sich natürlich diese Methode nicht durchführen.

HECHT.

39) **Gab. Hicguet. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand nach dem Vorgehen von Killian. Technische Indicationen. Resultate. (La résection sous-muqueuse de la cloison selon le procédé de Killian. Indications techniques. Résultats.)** *La Policlinique. No. 3. 1909.*

Angesichts der wunderbaren Resultate, welche die Killian'sche Methode liefere, verlören alle Einwürfe ihren Werth. Dieselben seien nicht bloss perfecte, sondern auch definitive. Aber nicht alle Fälle eigneten sich für die Methode, und

sei die Wahl eine Sache des Urtheils und der Erfahrung. Der Autor zögert nicht, auf Grund seiner Resultate die Behauptung aufzustellen, dass das submucöse augenblicklich das beste chirurgische Verfahren für die Behandlung von Nasenscheidewandmissbildungen sei und eine der vollendetsten Errungenschaften der modernen Rhinologie.

BAYER.

40) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Ueber die Indicationen für die Aufdeckung der Nasenscheidewand vom Munde her.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 7. 1909.*

Prioritätsansprüche bezüglich der Benennung dieses Verfahrens gegenüber Kretschmann und Polemik gegen die absprechende Kritik Brünings über die orale Septumresection. Anschliessend eingehende kritische Erörterung über Vorzüge und Nachtheile der endonasalen und der oralen Methoden, als deren Résumé Autor zu dem Schlusse kommt, dass die orale Methode nach den bisherigen Erfahrungen bei 5 Typen der endonasalen Septumfreilegung vorzuziehen sei. Löwe verbreitet sich des Weiteren über die Technik der oralen Methode und deren drei bisher angewandte Modificationen. Die Literatur enthält bisher 59 auf oralem Wege operirte Fälle, unter denen sich 52 des Verf.'s befinden. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

41) **Botey** (Barcelona). **Neue Betrachtungen über die Botey-Killian'sche Operation. (Nuevas consideraciones sobre la operacion de Botey-Killian.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. September 1908.*

Verf. erachtet die Operation nur in 5 pCt. der Fälle von Septumverbiegung für nothwendig. Er giebt eine ausführliche Darstellung der Frage und betont seine Priorität in der Ausführung der Operation gegenüber Killian.

TAPIA.

42) **Septumverbiegungen. (Deformities of the nasal septum.)** (Discussion in der Section für Augen-, Hals- und Nasenkrankheiten des Australasian Medical Congress, 19. bis 22. October 1908 in Melbourne.)

A. J. Brady theilt die Deviationen ein in knöcherne, knorpelige und solche, die sowohl den knöchernen wie den knorpeligen Abschnitt des Septums betreffen. Er beschreibt die durch Septumverbiegungen hervorgerufenen Athembehinderungen und geht auf die Frage der Reflexneurosen ein. Nach seiner Erfahrung sind Heufieber und Asthma oft reflectorisch hervorgerufen durch den Druck von Leisten und Spornen des knöchernen Septums und von Verbiegungen des knorpeligen Septums auf die Muscheln. Er schildert die submucöse Resection als beste in Frage kommende Operationsmethode für Deviationen des knorpeligen Septums. Er verwirft die Methode, das knorpelige Septum ganz und das knöcherne zum grossen Theil zu entfernen, wie sie in der Literatur öfter angerathen wird. Man soll die Theile des knöchernen Septums, die nicht eine Athembehinderung oder eine reflectorische Störung verursachen, nicht entfernen. Es müssen die vorspringenden Leisten und Dornen beseitigt werden, aber es ist nicht nöthig, die ganze Dicke des Knochens fortzunehmen. Es ist manchmal besser, eine getrennte Ope-

ration für jeden Abschnitt des Septums vorzunehmen, als eine grosse Fensterresection, durch die Knochen und Knorpel gleichzeitig entfernt werden.

A. J. BRADY.

43) **Chorazycki. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Pedsluzowe wyluszczenie pkegrody nosowej.)** *Gazeta Lekarska. No. 30, 1909.*

Verf. hat in einem in der Warschauer laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage die verschiedenen Methoden der submucösen Operation des Septum nasi besprochen und glaubt, dass die Killian'sche Methode die beste ist. Nach ihr operirte Verf. viele Fälle und bespricht die dabei vorkommenden verschiedenen Schwierigkeiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

44) **John W. Avery. Das Avery'sche Septotom. (The Avery nasal septotome.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Das hier abgebildete Instrument dient zur schnellen und sorgfältigen Incision des Mucoperichondriums und später des Knorpels bei der submucösen Resection. Ein Indicator am Handgriff zeigt die Länge der freigelegten Klinge und auf diese Weise die Tiefe der Incision an.

LEFFERTS.

45) **W. Aull. Ueber Septumabscesse.** *Dissert. Würzburg 1908.*

Eingehende Besprechung von 4 an der Universitätspoliklinik (Prof. Seifert) beobachteten Fällen von Septumabscessen unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur.

OPPIKOFER.

46) **G. J. Parsons. Abscess der Nasenscheidewand wahrscheinlich infolge von Milzbrandinfection. (Abscess of the nasal septum probably due to anthrax infection.)** *Journal American Medical Association. 14. November 1908.*

Von dem Eiter des Abscesses wurden Ausstrichpräparate gemacht und in diesen Bacillen gefunden, deren Aussehen charakteristisch für Milzbrandbacillen war. Leider wurden keine Culturen angelegt. Eiterkokken wurden nicht gefunden. In der Folge bekam Patient zwei Blasen auf dem Handrücken; die Infection kam dadurch zu Stande, dass er sich mit der Hand die Nase wischte; der in ihnen enthaltene Eiter glich dem in der Nase enthaltenen. Die Blasen wurden geöffnet und cauterisirt, sonderten jedoch noch 8 Tage lang ab. Die Absonderung aus der Nasenwunde hielt ungefähr einen Monat lang an; sie verschwand allmählich. Patient heilte ohne Zerstörung des Septums.

EMIL MAYER.

47) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die chirurgische Behandlung der Tuberculose der Nasenscheidewand.** *Orvosi Hetilap. No. 35. 1909.*

O. theilt einen Fall mit, in welchem er nach Spaltung der Nase die Scheidewand in 38 mm Länge und 30 mm Breite entfernt hat.

v. NAVRATIL-POLYAK.

c. Mundrachenhöhle.

48) **P. C. van Rossem** (Amsterdam). **Angeborene einseitige Ankylose des Unterkiefers. (Aangeboren eenzydige ankylose van de onderkaab.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 62. 1909.*

Demonstration eines Säuglings von 6 Monaten, der seit der Geburt den Kiefer nicht zu öffnen im Stande gewesen. Das Kind ist gesund und nimmt die Flasche ohne Anstand. Der Unterkiefer zeigt sieh völlig unbeweglich infolge von linksseitiger Ankylose des Kiefergelenkes. Keine Narben; keine Entzündung. Autor fand einen analogen Fall in der Literatur nicht.

In der Discussion erwähnt Timmer einen ähnlichen Fall, bei dem Kieferresection gemacht und eine Pseudarthrose hergestellt worden war. Das Resultat war zufriedenstellend; allein der Kiefer war im Wachsthum stark zurückgeblieben.

H. BURGER.

49) **Fritz König** (Altona). **Ueber Unterkieferoperationen und Unterkieferersatz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

König empfiehlt nach Resectionen oder Exarticulationen am Unterkiefer die Anbringung von Ersatzstücken, und zwar je nach Lage des Falles Implantationsprothesen oder zahnärztliche Prothesen, die im Munde, an den Zähnen fixirt, „wie ein künstliches Gebiss" getragen werden. Autor beschreibt eingehend Technik und Nachbehandlung, bei der auch mit der Sauer'schen „schiefen Ebene" schöne Erfolge erzielt werden. HECHT.

50) **H. Ropcea. Zur Kenntniss der Tuberculose du Unterkiefers.** *Dissert. Berlin 1908.*

Verf. fand in der Literatur der letzten Jahre 19 Fälle von Unterkiefertuberculose verzeichnet. Diesen Fällen fügt er eine weitere Beobachtung aus der Klinik von Professor Hildebrand an: Bei dem 4jährigen, erblich nicht belasteten Mädchen bestand neben der Unterkiefertuberculose, die operirt wurde, eine allgemeine Drüsentuberculose und eine Tuberculose der Lungen und der Wirbelsäule. Exitus.

OPPIKOFER.

51) **J. Perizeau. Enchondrom des Unterkiefers. (Enchondrome du maxillaire inférieur.)** *L'Union Médicale du Canada. Mai 1908.*

Der Fall betraf ein 15 Jahre altes Mädchen. EMIL MAYER.

52) **Moretin. Pulsirendes Angiom des Unterkiefers. (Angiome pulsatile du maxillaire inférieur.)** *Société de Chirurgie. 2. November 1909.*

Der Tumor hatte gelegentlich kleiner Eingriffe (Zahnextraction, Resection eines Stückes vom Kiefer etc.) zu schweren Blutungen Anlass gegeben. Verf., der zuerst die Absicht hatte, den Sack zu curettiren, nachdem er übrigens alle Gefässe auf der betreffenden Seite unterbunden hatte, musste in aller Eile die Hälfte des Kiefers reseciren, da der Zustand des Kranken infolge der Blutung höchst besorgnisserregend wurde. Es handelte sich um ein wirkliches Angiom, nicht etwa um die angiomatöse Umwandlung eines Tumors. GONTIER de la ROCHE.

53) **Goris. Beitrag zur Technik der Autoplastik nach der Resection des Oberkiefers. (Contribution à la technique de l'autoplastie après la résection du maxillaire supérieur.)** *La Presse otolaryng. Belge. No. 1. 1908.*

Mittheilung auf der Versammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft am 8. bis 9. Juni 1907; vergl. Bericht.

PARMENTIER.

54) **Charles M. Robertson. Die Anatomie und Physiologie der Tonsille. (The anatomy and physiology of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. bespricht bei der Physiologie der Tonsillen auch den Zusammenhang zwischen diesen und Stimmbildung. Er hat vier Patienten beobachtet, bei denen Stimmverlust durch Entfernung der Tonsillen geheilt wurde. Bei diesen Personen war nur e i n Stimmregister afficirt, und zwar am häufigsten das mittlere.

LEFFERTS.

55) **G. H. Wright. Functionelle Beziehungen zwischen Tonsillen und Zähnen. (Functional relation of the tonsil and the teeth.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909. Boston Medical and Surgical Journal. 10. März 1909.*

Verf. beschreibt 19 Fälle und kommt nach einer Erörterung der Anatomie zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn eine Tonsille normal ist, so ist eine Infection von ihrer Oberfläche selten.

2. Secundäre Infection durch die Lymphcanäle ist der gewöhnliche Weg.

3. Es giebt vier Perioden der Molareruption, die einigen zeitlichen Schwankungen unterworfen sein können, während deren eine Vergrösserung der Tonsillen ohne Infection oder Entzündung eintreten kann.

4. Tonsillen, die leicht hypertrophirt sind, werden, wenn sie nicht inficirt sind, wieder völlig normal, sobald die Zähne vollkommen durchgebrochen sind.

5. Erkrankte Zähne bilden eine ergiebige Quelle für Anschwellung der Mandeln.

6. Man sollte bei der Behandlung der Tonsillen auch auf cariöse Zähne achten und an jene oben erwähnten vier Eruptionsperioden denken, die mit leichter Mandelanschwellung zusammenfallen.

EMIL MAYER.

56) **Louis C. Beane. Die Gaumentonsillen vom medicinischen und chirurgischen Standpunkt aus betrachtet. (The faucial tonsils considered from a medical and surgical standpoint.)** *California State Journal of Medicine. März 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die von anderen in Bezug auf die Fähigkeit der Tonsillen, corpusculäre Elemente und Bakterien zu resorbiren, gemachten Experimente und über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte.

EMIL MAYER.

57) **Dandois. Studie über die Pathologie und Therapie der Gaumenmandel. (Etude sur la pathologie et la thérapeutique des amygdales palatines.)** *Revue Méd. de Louvain. No. 2. 1909.*

Der Autor bemüht sich darzuthun, dass es ein Missbrauch war, wenn sich

die Chirurgen von jeher durch die sogenannten „classischen“ Störungen der Mandelhypertrophie in Bezug auf Deglutition, Audition, Respiration, Sprache sowie Allgemeinzustand, veranlasst gefühlt haben, dieselben vielfach zu entfernen oder zu zerstören. Die Unterdrückung der Mandeln wegen einfacher Volumenszunahme sei einzuschränken; etwas anderes sei es, wenn es sich um eine Infection derselben handle. Diese verlange öfter, als man gewohnt sei, eine Intervention, ja sogar dringender Weise, was aber noch nicht unverzüglich sagen wolle.

BAYER.

58) **Hess** (Bad Nauheim). **Ueber Erkrankung und Behandlung des lymphatischen Schlundringes in ihrer Bedeutung für Gelenkrheumatismus und Herzkrankheiten.** *Med. Klinik. 47. 1909.*

Bei der grossen Bedeutung der acuten, sowie der chronischen Entzündungsprocesse des lymphatischen Rachenringes, speciell der Gaumentonsillen, für die Entstehung rheumatischer und Herzerkrankungen ist in prophylactischer Beziehung auf eine sorgfältige Hygiene des Mundes und des Rachens zu achten und der Therapie der acuten und chronischen Mandelentzündungen die grösste Berücksichtigung zuzuwenden.

SEIFERT.

59) **T. A. Pratt. Tuberculöse Infection durch die Mandel und Adenoiden. (Tuberculous infection through the tonsil and adenoid.)** *N. Y. Medical Journal. 7. August 1909.*

Verst steht auf dem Standpunkt, dass die Mandeln keine nützliche Function haben und besser zu entfernen sind. Um ihre Bedeutung als Eintrittspforte ins rechte Licht zu setzen, schildert er die Versuche mit Injection von Tuscheaufschwemmungen in die Tonsillen von Ratten und Hunden. Verf. meint, dass die Mandeln für die tuberculöse Infection der Lymphdrüsen am Hals, des Larynx und der Lungen mehr als alle anderen Quellen in Betracht kommen und dass sie in allen Fällen von Tuberculose gründlich entfernt werden sollten.

LEFFERTS.

60) **Dandois. Die in grossen Linien skizzirte Behandlung der Mandelinfectionen. (Le traitement esquissé à grandes lignes des infections amygdaliennes.)** *Revue Médicale de Louvain. No. 12. 1909.*

Die Entfernung der Mandeln mit der Ruault'schen Mandelzange ist für den Autor die Idealmethode.

BAYER.

61) **Liebl** (Seefeld). **Ueber eine Endemie von Tonsillitis mit Sepsis.** *Medic. Klinik. 2. 1910.*

In einem Bezirke seines ausgedehnten Rayons (in Thüringen) beobachtete Verf. bei 9 Fällen von primärer Angina Pneumonien in einem verhältnissmässig kurzen Zwischenraum und beschränkt auf 4 Häuser, zu gleicher Zeit in einem anderen vollständig abgesonderten Theile seines Rayons eine Tonsillitis mit den Symptomen der Pyämie.

SEIFERT.

62) **Brindel** (Bordeaux). **Einige Betrachtungen über die acute ulceröse Angina lacunaris und die Angina ulcero-membranosa. (Quelques réflexions sur les angines lacunares ulcéreuses igues et les angines ulcéro-membraneuses,)** *Le Larynx. No. III. Mai-Juni 1909.*

Zu erwähnen ist, dass der Verf. der Behandlung mit Kalichloricumpastillen treu geblieben ist; dieses Mittel scheint dem Verf. das wahre Specificum gegen die Angina ulcero-membranosa, wenigstens ist er auf Grund der bakteriologischen Prüfungen zu dieser Ansicht gelangt.

GONTIER de la ROCHE.

63) **Guillermin** (Villars s. O.). **Einige Beobachtungen von 459 Fällen acuter Angina aus der medicinischen Poliklinik in Genf von 1906—1909. (Quelques remarques sur 459 cas d'angines aigues observées à la policlinique méd. de Genève.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 11. 1909.*

Erwähnenswerth wegen der grossen Zahl gut registrirter Fälle. Nicht jedem Practiker dürfte die nicht ganz seltene Beobachtung von Eiweiss im Urin bei Fällen von lacunärer Angina tonsillaris bekannt sein. Im Uebrigen interessante Bestätigungen bekannter Thatsachen.

JONQUIÈRE.

64) **R. Kandler. Ein Fall von Gehirnabscess, entstanden durch Fortleitung eines Tonsillarabscesses.** *Dissert. München 1907.*

Patientin, eine 35jährige Kellnerin, verweigerte die Incision des peritonsillären Abscesses; der fötide Eiter wurde durch Einschnitt an gewohnter Stelle erst entleert, als bereits meningitische Symptome vorhanden waren. Exitus 8 Tage nach Beginn der Halsschmerzen. Section: Praeauricularer und retropharyngealer Abscess, eitrige Meningitis basilaris, ausgedehnte Abscessbildung im linken Schläfenlappen. Pneumonie und Pleuritis rechts.

OPPIKOFER.

65) **Irving Wilson Vochees. Die Galvanokaustik als ein Factor beim Peritonsillarabscess. (The Galvanocautery as a factor in peritonsillar abscess.)** *New York State Journal of Medicine. April 1909.*

Verf. warnt vor einer häufigen Anwendung der Galvanokaustik zur Behandlung von Tonsillarkrankheiten; sie bewirke einen Verschluss der Lacunaröffnungen oder eine Anlöthung des Tonsillargewebes an die Gaumenbögen, behindere die Drainage, gebe Anlass zur Retention von Bakterien und zur Entstehung von Abscessen, die sich durch den fauligen Gestank des Eiters auszeichnen.

EMIL MAYER.

66) **Dandois. Die Indicationen zur Mandelabtragung. (Les indications de l'ablation des amygdales.)** *Revue Médicale de Louvain. No. 8 u. 10. 1909.*

Während die Mandelexstirpation selten durch mechanische Störungen bedingt wird, ist die Häufigkeit und Schwere der Mandelinfectionen bis jetzt noch nicht genügend gewürdigt worden. Der Autor fragt sich zum Schlusse, ob es, abgesehen von gewissen Uebertreibungen nnd manchmal mangelnden anatomischen und bakteriologischen Beweisen, sowie strengen klinischen Beobachtungen, zur Erhärtung der meisten aufgestellten Behauptungen erlaubt sei, den Satz aufzustellen, dass die systematische Unterdrückung inficirter Mandeln die Träger der-

selben vor der Mehrzahl der Infectionskrankheiten im Kindesalter schützen würde? Er wagt dieselbe nicht zu bejahen, trotzdem es Thatsachen genug gebe, um das therapeutische Bestreben in dieser Hinsicht zu bestärken. Es gebe kein Alter für die Mandelabtragung, möge der Kranke 2 oder 40 Jahre alt sein, sondern nur Indicationen.

BAYER.

67) **Moliné** (Marseille). **Die Localanästhesie mit Aethylchlorid bei der Eröffnung der Rachenabscesse. (L'anesthésie locale au chlorure d'éthyle pour l'ouverture des abcès de la gorge.)** *Le Larynx. No. 3. Mai-Juni 1909.*

Verf. bedient sich des Aethylchlorid-Sprays, ein Verfahren, das einfach und sehr wirksam ist, dessen einziger Nachtheil darin besteht, dass bei Anwendung des Cauters Vorsicht geboten ist.

GONTIER de la ROCHE.

68) **O. T. Freer. Die Gaumentonsillen; ein Verfahren zu ihrer völligen Excision. (The faucial tonsils; a procedure for their complete excision.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Es wird zuerst der vordere, dann der hintere Gaumenbogen mittels eines besonders angegebenen Messers von der Oberfläche der Tonsille losgelöst. Bis dahin wird die Tonsille nicht mittels Zangen hervorgezogen, denn dadurch würde die natürliche Lage der Theile zu einander verzogen und die Gefahr entstehen, bei der Ablösung in die Wände der Tonsillargrube einzuschneiden. Der nächste Schritt besteht darin, die Spitze der Tonsille aus ihrer Verbindung mit dem weichen Gaumen loszulösen, was geschieht, indem mit der Casselberry'schen Zange die Tonsille stark nach innen und unten gezogen wird. Die Tonsille kann jetzt gewöhnlich mit Leichtigkeit in ihrer Totalität hervorgezogen und mit einem über die Fläche gekrümmten Tonsillenmesser von ihrer Basis abgetrennt werden. Wird in Narkose operirt, so entsteht bisweilen eine kleine Blutung, die aber leicht durch Compression der Wunde mit dem Zeigefinger zum Stehen gebracht werden kann; bei Anwendung der Localanästhesie blutet es gar nicht oder nicht nennenswerth.

Bei kleinen narbig veränderten Tonsillen ist die Auslösung bisweilen schwierig und die Tonsille muss dann stückweise mit einer Zange oder dem Hartmann-Grünwald'schen Conchotom entfernt werden. Im Allgemeinen jedoch ist auch hier die Auslösung nach der oben beschriebenen Methode möglich. Ist die Excision regelrecht gemacht, so bleiben die Gaumenbögen, der weiche Gaumen, die Plica triangularis völlig intact und die glatte Wunde heilt rasch.

Im Allgemeinen ist die für die Entfernung jeder Tonsille erforderliche Zeit nicht länger als 5 bis 10 Minuten.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die befriedigendste und vollkommenste Methode zur Entfernung aller Arten von erkrankten Tonsillen besteht in ihrer Ausschneidung aus der Fossa tonsillaris mittels geeigneter Messer. Tonsillotomie mit Tonsillotom oder Schlinge, caustische Abtragung und der Versuch, durch galvanokaustische Schlitzungen der Lacunen eine Schrumpfung herbeizuführen, sind zaghafte und unzuverlässige Methoden, die man lieber aufgeben sollte. Es besteht bei der beschriebenen Methode weniger Gefahr einer protra-

hirten Blutung als bei den gewöhnlichen Arten der Operation. Nicht nur solche Tonsillen, die im Halse durch ihre Grösse hinderlich sind, sondern alle Arten chronisch erkrankter Tonsillen sollten vollständig ausgeschnitten werden.

EMIL MAYER.

69) **D. A. Heffeman. Entfernung der Tonsille in der Kapsel. (Removal of the tonsil in capsule.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 16. März 1908.*

Verf. beschreibt eine Methode der Tonsillectomie mittels Messer, Zange, Raspatorium und Scheere. Er bespricht dann ausführlich die Gefahren der Nachblutung und die dabei zu ergreifenden Maassnahmen. EMIL MAYER.

70) **Edwin Pynchon. Die Nachbehandlung der Tonsillarwunde. (The aftertreatment of the tonsil wound.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Damit nicht eine so grosse Höhle entsteht, nimmt Verf. ein Stück vom vorderen Gaumenbogen gleichzeitig mit der Tonsille fort. Er führt die Schmerzen nach der Operation in den meisten Fällen auf eine Infection der Wunde zurück. Um eine solche zu verhüten, empfiehlt er häufige Spülungen mit Natrium bicarbonicum; nach der ersten Woche wird dieses ersetzt durch Kali chlor. Eine Tendenz der Wunde zur Granulationsbildung bekämpft Verf. eventuell durch Abschaben der Wundfläche. EMIL MAYER.

71) **W. A. Martin. Eine verbesserte Tonsillenschlinge. (An improved tonsil snare.)** *The Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Verf. hat eine Schlinge construirt, die alle Anforderungen erfüllt, die man seiner Ansicht nach an eine Schlinge stellen muss, die für Tonsillaroperationen geeignet sein soll. EMIL MAYER.

72) **J. C. Lester. Ein modificirtes Mackenzie'sches Tonsillotom. (A modified Mackenzie Tonsillotome.)** *Journal of Surgery. December 1908.*

Der Handgriff ist so angebracht, dass er durch eine Schraube in jedem Winkel zu der Schneide gestellt werden kann. EMIL MAYER.

73) **Tonsillenschnürer (neues verbessertes Modell) nach Farlow Boettcher.** *Med. Klinik. 45. 1909.*

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

74) **Stadler** (Glarus). **Ein Beitrag zur Frage der Diphtheriebacillenträger.** *Züricher Dissertation. Berlin 1909.*

Unter 463 auf Diphtheriebacillen untersuchten gesunden Kindern wurden bei nur 6 typische virulente Bacillen gefunden. Ferner fanden sich bei 11 Kindern zweifelhafte diphtherieartige Bacillen, die keine Thierpathogenität zeigten. Verf. hält dafür, dass trotz der kleinen Zahl positiver Befunde in practischer Hinsicht die Kinder als Diphtheriebacillenträger angesehen werden müssen.

Verf. möchte mit seiner Arbeit nur zu weiteren einschlägigen Forschungen anregen. JONQUIÈRE.

75) **Glorieux. Ueber Polyneuriten. Ein Fall von diphtheritischer Lähmung. (A propos de polynévrites. Un cas de paralysie diphtéritique.)** *La Policlinique. No. 10. 1909.*

Klinische Besprechung im Anschluss an einen Fall von diphtheritischer Polyneuritis bei einem 56jährigen Mann, der einen Monat nach einer infectiösen diphtheritischen Angina von einer vollständigen Gaumensegellähmung mit Sprachstörungen und Schluckbeschwerden befallen wurde; nach einem weiteren Monat stellten sich mannigfache Symptome von Polyneuritis der vier Extremitäten mit motorischer Incoordination, Schwierigkeiten beim Gehen, Abolition der Reflexe etc. ein. In der Folge besserte sich die Gaumensegellähmung. Der Kranke kann leichte Flüssigkeiten schlucken und die Sprachstörungen kommen zum Verschwinden. Die Pseudobulbärparalyse ist auf dem Wege der Heilung begriffen, und kann man positiv versichern, dass auch die Gehstörungen sich wieder ausgleichen werden; dadurch unterscheidet sich gerade die Polyneuritis von der Poliomyelitis.

BAYER.

76) **Aviragnet** und **Marie. Maligne diphtherische Adenoiditis. (Adénoidite diphthérique maligne.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Bei einem Kinde trat am 6. Tage einer Nasenerkrankung rauher Husten auf und es erschienen sehr starke Drüsenschwellungen am Halse. Im Pharynx waren ebensowenig wie im Kehlkopf diphtherische Beläge sichtbar. Bei der Autopsie fand sich der Nasenrachen mit Diphtheriemembranen ausgefüllt.

GONTIER de la ROCHE.

77) **Reiche** (Hamburg). **Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Med. Klinik. 49. 1909.*

Die Serumtheraprie erwies sich im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf als ein werthvolles Mittel, aber als bedingungslos „vollwerthig" vermag Verf. sie mit Baginsky noch nicht zu bezeichnen. Auch den vorbeugenden Werth der Antitoxinimpfungen erkennt Reiche an. Dass so wenig Fälle von Diphtherie vor der Einbringung in das Krankenhaus nicht mit Seruminjectionen behandelt werden, liegt nicht nur in der Abneigung vieler Eltern gegen solche, sondern vor allem in der Bestimmung vieler Krankenkassen, dass den Angehörigen ihrer männlichen Mitglieder nur ärztliche Behandlung frei gewährt wird, nicht aber die erforderlichen Medicamente.

SEIFERT.

78) **Fette** (Hamburg). **Die Behandlung der Diphtherie mit intravenösen Seruminjectionen.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

In den letzten drei Monaten wurden im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf 145 Fälle von Diphtherie intravenös injicirt, die Menge des Serums betrug nicht unter 3000 Immunitätseinheiten. Die Gesammtmortalität dieser Fälle beträgt 13,8 pCt. Es wird noch weiterer Beobachtungen bedürfen, um ein abschliessendes Urtheil über den Werth dieser Therapie zu erhalten. Jedenfalls gelang es, einen Theil der als schwerste Infection anzusehenden Fälle, nämlich solche mit hämorrhagischer Diathese complicirte, durchzubringen.

SEIFERT.

79) **Babonneix. Diphtherie und Serumtherapie. (Diphthérie et sérothérapie.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Verf. theilt 3 Fälle von anaphylactischer Reaction auf Serum mit. In einem Fall war die Anaphylaxe eine familiäre und zeigte sich beim Vater in einem Pseudo-Erysipel an der Injectionsstelle, bei den Kindern in Urticaria und bei der Mutter in acuter Arthritis des Kiefergelenks. GONTIER de la ROCHE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **T. Leslie Davis. Eine weitere Studie über Kehlkopfneubildungen in Amerika. (A further study of laryngeal neoplasms in Amerika.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Résumé über die Literatur mit besonders ausführlicher Besprechung der Papillome. EMIL MAYER.

81) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten in linker Seitenlage. (The removal of laryngeal tumors in the left lateral prone position.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. behauptet, dass das von Mosher empfohlene Instrumentarium allen anderen überlegen sei, besonders in den Fällen, in denen auf andere Weise es schwer ist, einen genauen Ueberblick über die vordere Commissur zu erlangen. Ein grosser Vortheil sei, dass die zu untersuchenden Theile dem Auge des Operateurs näher gebracht sind. EMIL MAYER.

82) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die operative Behandlung der Stimmlippenverdickung.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1909.*

Verf. fasst die Schleimhaut der Stimmlippe mit einer scharfen Kehlkopfzange und schält die Stimmlippe ab. v. NAVRATIL-POLYAK.

83) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ueber den functionellen Unterschied der Stimmbandknötchen beim Kinde und Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. erklärt die geringfügige, event. gar nicht vorhandene functionelle Störung beim Erwachsenen gegenüber der hochgradigen bei Knötchenbildung im kindlichen Kehlkopf so, dass der Erwachsene seine Stimmfunction mit Bewusstsein controlirt und sich nicht wie das kleine Kind durch falsche Muskelgefühle dauernd irreleiten lässt oder das Muskelgefühl in der irrthümlichen Stellung fixirt.

Die Uebungstherapie sei bei Kindern mit Stimmbandknötchen nach diesen Beobachtungen nicht aussichtslos. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

84) **E. Barth** (Berlin). **Zur Aetiologie und Behandlung der Sängerknötchen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. S. 1532. 1908.*

Verf. verwirft die bisherigen Erklärungsversuche für die Entstehung der Sängerknötchen (mechanische Reibung der Stimmlippenränder an katarrhalisch geschwollenen Stellen; Ueberanstrengung in der Gegend der Schwingungsknoten; Drüsenerkrankung) und stellt eine Hypothese auf, die Folgendes besagt: Sängerknötchen entstehen an Stellen, an denen die Stimmbänder unter gewissen Um-

ständen von der Epiglottis gedrückt werden. Diese Stellen liegen, wie Verf. an Durchschnitten zeigt, immer an der Grenze zwischen dem vorderen und dem mittleren Drittel der Stimmlippen. Die Hineindrängung des Kehldeckels wird begünstigt durch Annäherung des Zungenbeins an den Schildknorpel, wie er besonders bei ungeschulten oder falschgeschulten Sängern (solchen mit falschem Tonansatz) und bei der Production hoher Töne zu Stande kommt. Therapie: Ruhe, Erlernung des richtigen Tonansatzes, Beseitigung etwa vorhandenen Katarrhs. Operation erst dann, wenn die schonenden Mittel nicht zum Ziele führen.

ZARNIKO.

85) **Joseph C. Beck. Cyste der Epiglottis. (Cyst of the epiglottis.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Ein 3 Jahre altes Kind wurde mit allen Anzeichen der Kehlkopfverengerung in das Hospital gebracht. Es hatte seit der Geburt stets Beschwerden von Seiten des Halses gehabt, jedoch seit einigen Tagen waren ernstliche Störungen aufgetreten. Es fand sich ein haselnussgrosser Tumor der Epiglottis, den Verf. 6 Wochen später durch ein Jackson'sches Rohr hindurch mit der Schlinge abzutragen versuchte. Dabei platzte der Tumor und es entleerte sich ungefähr ein Dessertlöffel voll weisslicher Flüssigkeit. Die Wand der Cyste wurde zum grössten Theil entfernt, der Rest mit dem Galvanokauter verschorft. Einige Monate nach der Operation war ein Recidiv zu constatiren von der Grösse des ursprünglichen Tumors, jedoch mit dickerer Wandung. Es wurde die Laryngotomie gemacht und der ganze Tumor jetzt auf diesem Wege entfernt. Die Cyste ging von der linken epilaryngealen Region nahe der Zungenbasis aus; Verf. hält sie für angeboren und mit dem Ductus thyreoglossus zusammenhängend.

EMIL MAYER.

86) **Hermann Marschik** (Wien). **Larynxcarcinom bei jugendlichen Personen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichten zweier einschlägiger Fälle und ätiologische sowie epikritische Erörterungen. Beide Fälle wurden von Chiari mittels Laryngofissur radical operirt. Der eine — ein 24jähriger Mann — starb an postoperativer Sepsis (Phlegmone und Mediastinitis), der zweite, ein 16 jähriges Mädchen, wurde geheilt und ist bis jetzt — 1 Jahr — recidivfrei.

HECHT.

87) **E. Oppikofer** (Basel). **Zur Frage der Epiglottiscysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft. 3. 1909.*

Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Befunde von Epiglottiscysten und nähere Beschreibung dreier selbst beobachteter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

88) **Richard H. Johnston. Thyreotomie wegen Geschwulst des linken Stimmbandes. (Thyretomy for tumor of the left vocal cord.)** *Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin. April 1909.*

Der Tumor war ein Adenom. Nach seiner Entfernung bildete sich an Stelle des Stimmbandes ein Narbenband, und Patient sprach besser als vor der Operation.

EMIL MAYER.

89) **Don A. Vanderhoof. Bericht über einen Fall von Papillom des Kehlkopfs mit extralaryngealer Operation. (Report of a case of papilloma of the larynx with extralaryngeal operation.)** *The Chicago Medical Recorder. April 1909.*

Die Geschwülste wurden nach Spaltung des Kehlkopfes entfernt und ihre Basis dann mit Chromsäure geätzt. Nach 5 Monaten hatte der Patient seine Stimme wiedergewonnen.

EMIL MAYER.

90) **J. Boros** (Szeged, Ungarn). **Mittels Laryngofissur geheilter Fall von Kehlkopfpapillom.** *Orvosi Hetilap. No. 38. 1909.*

Da die Operation nur 2 Monate vor der Demonstration stattfand, muss die Heilung noch abgewartet werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

91) **Van den Wildenberg. Ueber eine bei vier mit Larynx- und Trachealpapillomen behafteten Kindern angewandte Behandlung. (Du traitement appliqué à 4 enfants atteints de papillomes du Larynx et de la Trachée.)** *Anvers Médical. No. 4. 1909.*

Die Mittheilung ist zuvor in den Archives Internat. de Laryngologie, Paris, erschienen.

BAYER.

92) **Karl Beck** und **Walter Scholz** (Heidelberg). **Carcinom und Amyloid des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Zu den wenigen bisher in vivo beobachteten Amyloidtumoren des Larynx fügen Verff. einen Fall, der sich mit Carcinom des Larynx combinirte. Der Tumor sass an der Hinterwand, war von grauer Farbe, glatter Oberfläche und ziemlich derber Consistenz. Durch sein Aussehen unterschied er sich deutlich von dem als Carcinom erkannten Tumor der linken Larynxhälfte, konnte aber, da er die charakteristischen Merkmale der Farbe der bisher beschriebenen Amyloidtumoren nicht besass — gelbe oder goldgelbe Farbe, glasige, transparente oder gallertige Beschaffenheit und holzige Härte —, erst nach Vornahme einer Probeexstirpation als Amyloidtumor erkannt werden. Irgend ein ätiologischer Zusammenhang mit dem vorhandenen Carcinom liess sich nicht erweisen.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **Ottokar Chiari. Die Behandlung des Kehlkopfkrebses. (The treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. schildert die beim Kehlkopfkrebs in Betracht kommenden Behandlungsmethoden und deren Chancen.

EMIL MAYER.

94) **Garel. Kehlkopfkrebs auf der linken aryepiglottischen Falte sitzend; Heilung auf endolaryngealem Wege. (Cancer du larynx, siégeant sur le repli aryténo-épiglottique gauche; opération endolaryngée; guérison.)** *Revue hebd. No. 38. 1909.*

Mann von 62 Jahren. Der Tumor ist freibeweglich und wird mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Schnittlänge 7—8 mm. Histologische Untersuchung (Dr. Bériel): Epithelioma. Kein Recidiv nach 8 Monaten.

LAUTMANN.

95) **Jankowski. Ein Fall von totaler Larynxexstirpation bei Kehlkopfkrebs. (Przypadek caskowitego wyluszcrenia krtani.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Es handelte sich um einen 48jährigen, aus der Sokolowski'schen Hospitalsabtheilung stammenden Patienten, bei welchem wegen allmählich sich steigernder Athemnoth infolge von beiderseitiger carcinomatöser Infiltration beider Stimmbänder zuerst Tracheotomie und einige Wochen darauf totale Exstirpation nach der Gluck'schen Methode ausgeführt wurde. Nach der Operation entstand eine Oesophagealfistel, welche nach 3 Wochen vollständig zuheilte.

Zwei Monate nach der Operation wurde der Kranke der laryngologischen Gesellschaft vorgestellt, wobei er sich ganz wohl fühlte und deutlich flüsterte.

Zu bemerken ist, dass die definitive Krebsdiagnose durch Excision eines Stückchens mikroskopisch festgestellt wurde, obwohl der Kranke auf die Calmette'sche Reaction positiv reagirte. A. v. SOKOLOWSKI.

96) **James Bell. Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom. (Excision of the larynx for carcinoma.)** *Annals of Surgery. Juli 1909.*

Es wird über 15 Fälle berichtet. Von diesen wurden 8 ohne vorhergehende Tracheotomie operirt; der Kehlkopf wurde von unten nach oben entfernt, nachdem vorher die Trachea an die Haut angenäht war. Alle Patienten wurden in Trendelenburg'scher Lage operirt. EMIL MAYER.

97) **L. Frank Dennis. Laryngofissur wegen Carcinom des Kehlkopfinnern. (Laryngo-fissure for intrinsic laryngeal carcinoma.)** *Colorado Medicine. Juni 1909.*

Verf. empfiehlt die Laryngofissur nach der von Semon und Jackson angewandten Methode für alle Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern.

EMIL MAYER.

98) **Chevalier Jackson. Klinische Diagnose und operative Maassnahmen bei intralaryngealem Carcinom vom Standpunkt des Laryngologen. (Clinical diagnosis and operative procedure in intralaryngeal carcinoma from the standpoint of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Die Indication zur Operation bei sichergestelltem Carcinom besteht dann, wenn man hoffen kann, die Geschwulst ganz zu entfernen. Contraindicationen sind: Unmöglichkeit der totalen Entfernung, hoher Grad von Bösartigkeit, hoher Grad von Vulnerabilität; ferner: Metastasen, Organerkrankungen, Kachexie, Alkoholismus.

Verf. beschreibt die Technik der verschiedenen Methoden und giebt die Resultate von 141 Fällen, die er in 23 Jahren gesehen hat. Er meint, dass die hohe Mortalität in früheren Jahren mitverschuldet gewesen sei durch Verletzung der Nebenschilddrüsen, des Oesophagus, der Vagi, Sepsis und septische Pneumonie.

EMIL MAYER.

99) **William E. Sauer. Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Ein einen 74jährigen Mann betreffender Fall. Literaturübersicht.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

100) **Tereschkowitsch** (Moskau). **Beitrag zur Transplantation der Schilddrüse.** *Dissert. Basel 1909.*

Die Aufpfropfungsstellen waren folgende;

a) subcutan: Schilddrüse, Abdomen, Axilla;

b) in Drüsen: Milz, Netz, Hoden.

Die Transplantationen wurden vorgenommen:

1. alloplastisch: a) von Mensch auf Thier; b) von einer Species auf die andere;

2. heteroplastisch: von einem Individuum auf ein anderes derselben Species:

3. autoplastisch: auf verschiedene Stellen desselben Thieres.

Ergebnisse: Die überpflanzte Schilddrüse heilt ein, sowohl bei Auto- als bei Heteroplastik.

Das histologische Bild zeigt Nekrose des Centrums; Regeneration und Secretion in den peripheren Follikeln.

Die Alloplastik gelingt nicht, insofern als die Resorption rasch vor sich geht.

Practische Verwendbarkeit besitzt nur die Heteroplastik. Durch diese allein ist der günstige Ort der Transplantation festzustellen. JONQUIÈRE.

101) **Serman** (Lodz). **Ueber eine neue Methode der Transplantation des Schilddrüsengewebes.** *Berner Dissertation. Leipzig 1909.*

Nach der von Paer aufgestellten Ansicht, dass Organe mit innerer Secretion sich für Transplantation besser eignen als andere, wählte Verfasserin nach Kocher das Knochenmark, da die Transplantation in die Milz (Paer) ein allzu gefährlicher Eingriff sei. Es wurde die Metaphyse (Kocher) der Tibia gewählt und unter Aethernarkose aufgemeisselt. In die ergiebig ausgekratzte Höhle wurden Stücke der Glandulae parathyreoideae (E. K.) eingepfropft. Dieselben zeigten aber oft baldige Resorption und manche Thiere gingen rasch an Tetanie oder an Cachexia strumipriva zu Grunde

Diese Methode ist auch eingreifend und scheint nicht sehr empfehlenswerth zu sein. JONQUIÈRE.

102) **Mc. Carty. Die Ursache des Kropfes. (The cause of goitre.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Verf. vermehrt die bestehenden Theorien über die Entstehung von Hypo- und Hyperthyreoidismus um folgende: Er erinnert daran, dass wahrscheinlich in einer früheren Entwickelungsperiode des Menschen die Schilddrüse eine sich offen durch den Canalis thyreoglossus in den Verdauungscanal öffnende Drüse war. Beim heutigen Menschen ist aus irgend welchen Gründen das Erforderniss von Schilddrüsensecret für den Verdauungscanal verloren gegangen, der Ductus thyreoglossus hat sich geschlossen und die Drüse ist von einer frei secernirenden zu einer träge functionirenden umgewandelt. Es handelt sich nach Ansicht des Verf.'s hier um ein Beispiel von Umkehrung (Reversion), wie man deren beim Menschen mehrere findet (secernirende männliche Brüste, überzählige Brüste,

Uterus bicornis), und meint, dass möglicherweise diese Reversion bei der Schilddrüse die Form vermehrter Secretion annehmen kann. LEFFERTS.

103) L. De Jaco. **Ichthyosis und Schilddrüse. (Ichtyose et corps thyreide.)** *Annales de la Soc. médico-chir. de Liège. März 1909.*

Im Anschluss an einen in der letzten Sitzung der Lütticher medico-chirurg. Gesellschaft von Dr. Halkin vorgestellten interessanten Fall von serpentiner Ichthyosis macht der Autor bezüglich der Therapie für diesen Fall darauf aufmerksam, dass es eine ausgemachte Sache sei, dass die Schilddrüse der Ernährung des Zellgewebes und der Haut vorstehe, wofür die Existenz der Sklerodermie bei Myxödem den Beweis bilde. Es sei daher logisch, die Intervention der Schilddrüsenfunction bei oberflächlichen Hautläsionen zuzulassen und die Ichthyosis vermittelst der Schilddrüsenopotherapie zu behandeln. BAYER.

104) Goris. **Ein Fall von Struma praesternalis. (Un cas de goitre présternal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20. 1909.*

In der belgischen chirurgischen Gesellschaft am 27. März 1909 zeigt G. einen Cystenkropf vor, der zwischen Haut und Sternum sass und dessen verkalkte Wand der Trachea anhing, was sie verhinderte, ihre gewöhnliche Entwickelung nach dem vorderen Mediastinum hin zu nehmen. PARMENTIER.

105) Gino Pieri. **Thyreoiditis und Morbus Basedow. (Tiroidite e morbo di Basedow.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Verf. hat in der Literatur 6 Fälle aufgefunden, bei denen die Thyreoiditis der Entwickelung der Basedow'schen Krankheit vorausging. Er berichtet dann über einen selbst beobachteten Fall, in dem bei einer Basedowkranken eine acute Entzündung des Kropfes auftrat und mit dem Auftreten dieser Strumitis ein Verschwinden der Basedowsymptome zu constatiren war. Er führt einen analogen Fall von Troizki an.

Verf. berichtet ausserdem noch über 7 Fälle von Thyreoiditis resp. Strumitis und schliesst daran Erörterungen über deren Aetiologie, Diagnose und Behandlung.

FINDER.

106) Poncet und Leriche. **Entzündliche Tuberculose und Schilddrüse. (Tuberculose inflammatoire et corps thyroide.)** *Académie de Médecine. 25. December 1909.*

Die Tuberculose kann Anlass geben zur Bildung einer Struma, die später den Charakter der Basedowkrankheit annimmt; sie kann eine ruhende Cyste der Schilddrüse zum entzündlichen Aufflackern bringen. Von allen Infectionen, die zur Bildung eines Morbus Basedow führen können, ist diejenige, deren Einfluss am meisten zu Tage tritt, die Tuberculose. GONTIER de la ROCHE.

107) Goris. **Bemerkungen über zwei Fälle von Thyroidectomie. (Remarques sur deux cas de thyroidectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 13. 1909*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie am 27. Februar 1909 macht G. die Mittheilung von zwei Mädchen von 14 und 16 Jahren, Geschwisterkinder, bei

welchen man zu gleicher Zeit eine parenchymatöse Struma von gleichem Volumen und an dem gleichen Lappen mit atrophischem vasculären Stiel und Dyspnoe sich entwickeln sah. Beide Operationen dauerten 5—6 Minuten und die Temperaturcurve nach der Operation war bei beiden dieselbe. PARMENTIER.

108) **Van den Wildenberg. Vorstellung von drei durch Kropfoperation Geheilten. (Présentation de trois opérées guéries de goitre.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Januar und April-Mai 1909.*

In der Sitzung vom 11. December 1908 der Antwerpener medicinischen Gesellschaft stellt W. drei an Strumen operirte und geheilte Kranke vor:

1. ein Mädchen von 11 Jahren mit einer Struma exophthalm.;
2. eine 28jährige Frau mit einer enormen Struma exophthalm. unter Localanästhesie operirt;
3. einen faustgrossen Cystenkropf, ebenfalls unter Localanästhesie operirt.

BAYER.

g. Oesophagus.

109) **H. Giffhorn. Beitrag zur Aetiologie der congenitalen Atresie des Oesophagus mit Oesophagotrachealfistel.** *Dissert. Göttingen 1908.*

Bei den beiden Neugeborenen, über die Verf. berichtet, endigte der obere Speiseröhrenabschnitt blind etwas oberhalb der Theilungsstelle der Trachea, während der untere Theil der Speiseröhre, ebenfalls etwas oberhalb der Bifurcation, durch eine schlitzförmige Oeffnung mit der Luftröhre communicirte.

Die Fistel in der Trachea sowie die blinde Endigung des oberen Oesophagusabschnittes sind als Hemmungsbildung aufzufassen. Verf. erläutert die Entstehungsweise dieser Entwickelungshemmungen an der Hand mehrfacher Abbildungen. OPPIKOFER.

110) **F. Cohn. Beitrag zur Casuistik der spontanen Oesophagusruptur.** *Dissert. Breslau 1907.*

Der 4 cm lange Riss im untersten Theil der Speiseröhre entstand im Anschluss an eine Magenspülung. Nach dem Sectionsbefunde war eine Verletzung durch die eingeführte Sonde auszuschliessen, so dass Verf. seinen Fall zu den Spontanrupturen zählt.

Es handelte sich um einen 46jährigen Mann, der starker Potator war, häufig erbrach und vor 9 Jahren eine Pleuritis durchgemacht hatte. Bei der Obduction fanden sich starke Adhäsionen zwischen Magen, Leber, Zwerchfell, Pleura und Speiseröhre. Die Oesophaguswand erwies sich bei makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung als gesund.

Verf. nimmt an, dass der Innendruck, als im Anschluss an die Magenspülung eine jähe starke Brechbewegung erfolgte, plötzlich stark anstieg und der Oesophagus, gehemmt durch die festen pleuritischen Stränge, sich nicht genügend ausdehnen konnte. Vielleicht war auch eine krampfartige Contraction des M. constrictor pharyngis eingetreten. OPPIKOFER.

111) F. Schürmann. **Zur Casuistik der Sondirungsverletzungen der Speiseröhre.** *Dissert. Giessen 1907.*

Einem 65jährigen Landwirth blieb ein Fleischstück auf der Höhe des Ringknorpels stecken. Einen Tag später wurde bei dem Sondirungsversuch die Speiseröhre auf dieser Höhe durchstossen: perioesophageale Phlegmone. Am dritten Tage trat der Exitus ein. Bei der Section fand sich an der vorderen Pharynxwand auf der Höhe des Ringknorpels eine durch den Fremdkörper erzeugte Drucknekrose und dieser Nekrose gegenüber an der hinteren Pharynxwand eine Ausbuchtung. Die Ausbuchtung führte linkerseits durch eine fast kreisrunde, scharf begrenzte Oeffnung in eine ausserhalb der Speiseröhre gelegene Abscesshöhle.

Die Oesophagoskopie wird nicht erwähnt. OPPIKOFER.

112) H. Johnston. **Einige Oesophagusfälle. (Quelques cas oesophagiens.)** *Rev. hebd. No. 42. 1909.*

Eine Zusammenstellung von allen möglichen, auch von Fällen, die mittels des Oesophagoskops untersucht und behandelt worden sind. LAUTMANN.

113) Th. Kölliker (Leipzig). **Beitrag zur Oesophagoskopie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1909.*

Bericht über 110 Oesophagoskopien, die Autor mit seinen starren und elastischen Oesophagoskopen ausführte, nebst Schilderung des von K. geübten Verfahrens. HECHT.

114) Wilh. Danielsen (Breslau). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 2168. 1908.*

Bei 7 Patienten gelang es Verf., Fremdkörper (6 Gebisse, 1 Markstück) mit dem Gräfe'schen Münzenfänger mühelos zu extrahiren. Es ist deshalb dieses Verfahren nicht, wie von Ach behauptet worden ist, ein Kunstfehler, sondern es ist der ösophagoskopischen Extraction, die Verf. als umständlich, für den Patienten qualvoll und im Erfolge unsicher erklärt, vorzuziehen. Es stellt die „Methode des practischen Arztes" dar. Gute Erfolge sind aber nur bei Anwendung einer richtigen, vom Verf. geschilderten Technik zu erzielen. ZARNIKO.

115) Botella (Madrid). **Ein neuer Fremdkörperfall des Oesophagus; Extraction mittels Oesophagoskopie. (Un nuevo caso de cuerpo del esofago extraido por esafagoscopia.)** *Siglo medico. 6. März 1909.*

Knochenstück. Heilung. TAPIA.

116) Botella (Madrid). **Zahnplatte im Oesophagus; Oesophagoskopie; Oesophagotomie; Extraction. (Pieza dentaria detenida en el esofago; esofagoscopia; esofagotomia; extracción.)** *Siglo medico. 27. April 1909.*

Der 19 Tage vorher verschluckte Fremdkörper konnte durch die Oesophagoskopie nicht entfernt werden, so dass die Oesophagotomia externa gemacht werden musste. TAPIA.

117) **C. Breyre. Voluminöser auf natürlichem Wege aus dem Oesophagus unter Gesichtscontrole entfernter Fremdkörper. (Corps étranger volumineux extrait de l'oesophage par les voies naturelles sous le contrôle de la vue.)** *Annales de la Soc. Méd.-chir. de Liège. Januar 1909.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich zeigt B. zwei noch durch den Discus intervert. zusammenhängende, von einem Schwein oder Kalb herrührende Wirbelkörper vor, welche der Autor einem Mann von ca. 40 Jahren vermittelst der Killian'schen tracheoskopischen mit der Clarke'schen Lampe beleuchteten Röhre auf natürlichem Wege entfernt hatte. Der Fremdkörper sass 3—4 cm unterhalb der Cartil. cricoid. fest, wie zuvor durch die Radiographie ermittelt wurde. Die Entfernung derselben gelang trotz zehnmaliger Bepinselungen mit Novococain erst, als der bestehende Oesophagospasmus durch eine subcutane Morphiuminjection zum Verschwinden gebracht worden war. BAYER.

118) **Pietri** und **Pajaud. Eine 10 Centimesmünze im Oesophaguseingang bei einem 7 jährigen Kinde mit dem Kirmisson'schen Haken extrahirt. (Pièce de 10 centimes solidement enclavée à l'entrée de l'oesophage.)** *Revue hebdom No. 36. 1909.*

Zeigt die Vortheile des Kirmisson'schen Hakens, der weit ungefährlicher ist, als der Graefe'sche Münzenfänger. LAUTMANN.

119) **Lozano** (Saragossa). **Gebiss im Oesophagus. (Dentadura detenida en el esofago.)** *La Clinica Moderna de Zaragoza. Juni 1909.*

Verf. versuchte erst vergebens die Extraction mit dem Graefe'schen Münzenfänger. Die Oesophagoskopie wendet er nicht an. Er machte, da er den Fremdkörper an der Cardia vermuthete, die Gastrotomie. Es wurde nun nochmals der Münzenfänger eingeführt und von der Cardia aus der Zeigefinger; auf diese Weise gelang es, den Fremdkörper durch die Wunde zu extrahiren. Heilung. TAPIA.

120) **Moure. Fremdkörper im Oesophagus. Vergleich zwischen der Oesophageskopie und der Oesophagotomia externa. (Corps étranger de l'oesophage. Valeur relative de l'oesophagoscopie et de l'oesophagotomie externe.)** *Revue hebd. No. 36. 1909.*

Die Oesophagoskopie ist nicht immer geeignet zur Extraction der Fremdkörper aus der Speiseröhre. Mitunter leistet der Haken von Kirmisson (besonders der Graefe'sche Münzenfänger) bessere Dienste. In dem vorliegenden und ausführlicher beschriebenen Fall musste bei einem $3^1/_2$ jährigen Kinde, das einen eisernen Anker verschluckt hatte, zur Oesophagotomia externa geschritten werden, da das Oesophagoskop constant in die Luftwege glitt (Kind in Chloroformnarkose). Die vielfachen Extractionsversuche hatten die Schleimhaut des Oesophagus verletzt, so dass dieselbe an einigen Stellen genäht werden musste. Heilung.

LAUTMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Gutzmann,** Prof. Dr., **Physiologie der Stimme und Sprache** Braunschweig, Vieweg u. Sohn. 1909.

Vf. hat im Jahre 1906 Vorlesungen über Stimmbildung und Stimmpflege im Auftrage der Stadt Hamburg gehalten und dann als allgemein verständliches Buch erscheinen lassen. Dieses Buch hat entsprechend seiner populären Fassung und seiner gediegenen Darstellung die verdiente Verbreitung und Würdigung gefunden.

In diesem Jahre ist Gutzmann's Physiologie der Stimme und Sprache erschienen. Während Nagel in seiner vor Kurzem herausgegebenen Abhandlung (Nagel's Handbuch der Physiologie) über denselben Gegenstand die anatomischen Details und die Innervationsverhältnisse des Kehlkopfs eingehend beschrieb, hat G. nur kurze anatomische Vorbemerkungen gegeben und die Erfüllung seiner Aufgabe darin gesucht, den Leser über die Fortschritte der Physiologie der Stimme und Sprache in den letzten Jahrzehnten zu orientiren. Dieser Aufgabe ist der Autor, wie vorweg bemerkt werden mag, in glänzender Weise gerecht geworden: inhaltlich, in der klaren Disposition und Diktion ist das Buch ein Muster, wie Bücher geschrieben werden sollen.

Die Eintheilung des Buches in eine Physiologie der Athmung und Stimme und in eine Physiologie der Sprachlaute war die gegebene.

In den anatomischen Vorbemerkungen über Athmung und Stimme hat Vf. mit Nutzen die instructiven farbigen Illustrationen nach Henle-Merkel wiedergegeben. Zum besseren Verständniss der Physiologie der Athembewegungen beim Sprechen wurden in erster Linie die zur Registrirung der Athembewegung construirten Pneumographen beschrieben, denen G. den sehr practischen Gürtelpneumographen hinzufügte. Um das Volumen der Ruhe- und Sprechathmung richtig zu bemessen, hat G. neben dem Gad'schen Athemvolumschreiber zusammen mit Wethlo einen neuen leicht ansprechenden Athemvolumschreiber construirt, dessen Einrichtung p. 29 beschrieben ist. In dem Capitel Sprechathmung weist G. auf die von ihm gefundene Thatsache hin, dass bei längeren Vorträgen die Inspiration stets durch den offenen Mund, und zwar in der Norm schnell und geräuschlos, vor sich geht, und dass während des Sprechens die Nasencurve fast auf den Nullpunkt sinkt. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Betrachtung der thorakalen und abdominalen Athmung gesondert erfolgen muss.

Vf. hat die alten Angaben, nach denen die Tonentstehung im Kehlkopf nach dem Princip der durchschlagenden membranösen Zungenpfeifen vor sich ging, mit Recht nur historisch geschildert und ist der Ansicht, dass die Tonbildung nach den Untersuchungen Grützner's, Ewald's und Nagel's nach dem Princip der Polsterpfeifen oder Gegenschlagspfeifen erklärt werden muss. Die Begriffe Tonhöhe und Tonstärke werden an Hand der von Joh. Müller gefundenen Gesetze, der von Cagniard-Latour und Grützner an Menschen mit Luftröhrenfisteln angestellten Versuche eingehend erklärt, desgleichen die Experimente Joh. Müller's über die seitliche Compression der Stimmlippen und die Versuche Ewald's und Nagel's mit Froschmuskeln (M. sartorius), mittelst deren sie die Stimmlippenarbeit nachahmten.

Bei der Registerfrage werden die classischen Ausführungen Garcia's entsprechend gewürdigt und die Untersuchungen Musehold's, Rethi's, Katzenstein's, Möller-Fischer's in historischer Reihenfolge besprochen. Mit Recht hat Vf. es dagegen unterlassen, die noch nicht geklärten Hypothesen über den Mechanismus der Falsettstimme eingehend zu erörtern.

Bezüglich der Genauigkeit der Stimme schildert Vf. die Versuche Hensen-Klünder's und Grützner's; er macht darauf aufmerksam, dass Untersuchungen ausstehen darüber, wie genau ein gegebener Ton nach dem Verklingen desselben nachgesungen werden kann, wie genau die Quart oder Quint zu einem gegebenen Ton getroffen wird und wie lange die zuerst angenommene Spannung zu corrigiren ist, um den gesuchten Ton zu finden.

Bei der Besprechung der Stimmeinsätze bringt Vf. Curven des gehauchten, leisen und festen Einsatzes, die mit dem Kymographion und mit dem Marbeschen Apparate aufgenommen wurden. Besonderen Werth legt auch Ref. darauf, dass man sich stets mit dem Hörrohr oder noch besser dem Phonendoskop überzeugt, ob noch Coup de glotte angewendet wird. Gerade mit dem letzteren Apparate ist auch der Patient in der Lage, den Stimmknall durch das Ohr zu controlliren.

Stimmlage und Stimmumfang werden nach Alter und Geschlecht durch Notenzusammenstellung und schematische Uebersicht geschildert.

In dem zweiten grossen Capitel des Buches, der Physiologie der Sprachlaute, wird in den anatomischen Vorbemerkungen der Aufbau des Ansatzrohres geschildert. Die physiologische Wirkung des Ansatzrohres ist darin zu suchen, dass durch seine Einwirkung der Stimme das eigentlich Menschenähnliche verliehen wird. Die Arbeit des Ansatzrohres beruht also darauf, den Stimmton resonatorisch zu verstärken oder ihm neue Obertöne zuzufügen. Die Klanganalyse des Stimmtons und Ansatzrohrtons erfolgt durch das Hören der Partialtöne mit dem Ohre, durch Resonatoren, welche die einzelnen Teiltöne verstärken oder durch Interferenzapparate, welche einzelne Theiltöne auslöschen. Es sei auch hier ganz besonders auf die Arbeit von Grützner und Sauberschwarz hingewiesen, die dem Vocalklang der menschlichen Stimme verschiedene charakteristische Tonelemente nahmen und mit dem Interferenzapparate feststellten, dass durch Vernichtung oder Abschwächung des Grundtons die Vocale im Allgemeinen weniger leiden als durch Vernichtung ihrer charakteristischen Töne.

Wichtiger jedoch als die bis jetzt aufgeführten Methoden der Klanganalyse ist die graphische Darstellung der Vocalklänge. Vf. schildert die einzelnen graphischen Verfahren zur Aufnahme von Vocalcurven und beschreibt eingehend ihre mathematische Analyse.

In dem Capitel Theorie der Vocale werden die beiden Auffassungen gegenübergestellt, die noch heute um die alleinige Anerkennung ringen, die Obertontheorie (Hensen-Pipping) und die Formentontheorie (L. Hermann und seine Schüler). Von besonderem Werthe ist für den, welcher die Vocalfrage zum Gegenstand eingehender Studien gemacht hat, die vom Vf. gegebene historische Uebersicht der Entwickelung der beiden Vocaltheorien: wir sehen, dass auf der einen Seite schon Grassmann derselben Ansicht war wie Helmholtz, Hensen und

Pipping, während auf der anderen Seite von Robert Hooke (1757), Willis bis auf Hermann und seine Schüler ungefähr dieselben Anschauungen herrschen. Es ist auch hier dasselbe zu beobachten wie an so vielen anderen Stellen: die Autoren unserer Zeit arbeiten mit den Mitteln der hochentwickelten Technik leichter als die der früheren Zeit, unsere Bewunderung aber zollen wir mehr den Pfadfindern, die mit den einfachsten technischen Mitteln Wege und Ziele der betr. Forschung erkannten und feststellten.

In dem Capitel Analyse der Consonanten giebt Vf. eine Uebersicht über die Arbeiten Hermann's und seiner Schüler.

Während die bisher vom Vf. besprochene akustische Analyse sich vorwiegend mit den Klangphänomenen beschäftigte, bezieht sich der Abschnitt Formen und Bewegungen des Ansatzrohres auf die verschiedenen Methoden, mittelst deren man also die Methoden untersucht, durch die die Sprachklänge erzeugt werden. Diese Methode der Analyse der Sprachklänge erfolgt durch directe Beobachtung und zwar mittelst des Gehörs, des Gesichtes und des Getastes und durch objectiv registrirende Instrumente. Von den registrirenden Instrumenten sind die akustischen und optischen zu unterscheiden, von letzteren ist besonders die Röntgenuntersuchung hervorzuheben, die zur Feststellung der phonischen Bewegungen und der Schluckbewegungen verwandt wurde. Schliesslich wurde durch directe Messmethoden die Entfernung einzelner Resonanzrohrtheile von einander, z. B. die Entfernung einzelner Theile der Zunge und des weichen Gaumens von einem anderen festen Punkte mittelst in den Mund eingeführter Messstäbe bestimmt. Die Messmethoden sind aber mehr oder weniger misslich, weil man den Einflüssen von Reflexen auch bei gut eingeübten Versuchspersonen ausgesetzt ist. Viel besser sind die Apparate, mittelst deren die Luftbewegung der Articulation studirt wurde, so die Athemvolumschreiber von Gad, Gutzmann und Wettlo, das Acrodromometer von Zwaardemaker, die verschiedenen Formen der Laryngographen, die Zwaardemaker'schen Instrumente für die Aufnahme der Unterkieferbewegungen, der Zunge, des Mundbodens und der besonders wichtige Apparat für die Gesammtaufnahme der Articulationsbewegungen, sowie die Färbemethoden von Oakley Coles, Grützner, Rousselot und Gutzmann.

Das Capitel „Die Sprachlaute“ enthält besonders die wichtige Frage des Unterschiedes der Tenuis von der Media und die der Bildung der S-laute. In dem Schlusscapitel wird eine Uebersicht gegeben über die Accente der Sprache und die phonetische Schrift.

Referent hat eine etwas eingehendere Schilderung des G.'schen Werkes gegeben, als es sonst bei Buchbesprechungen an dieser Stelle üblich ist, um unter den Laryngologen ein grösseres Interesse für den neuesten Zweig der laryngologischen Wissenschaft, die Phonetik, hervorzurufen. J. Katzenstein.

---

b) **Die directe Laryngoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Ein Handbuch für die Technik der directen ocularen Methoden.** Von Dr. med. et phil. W. Brünings, Privatdocent an der Universität Freiburg i. Br. Verlag von J. Bergmann (Wiesbaden).

Im ersten Theil (die Technik) bespricht der Verf. die oculare Untersuchung

von Hohlräumen (Sphäroskopie) einerseits und von röhrenförmigen Organen (Syringoskopie) andererseits und sucht auf Grund optischer Gesetze die besten Bedingungen für die Besichtigung letzterer durch ein Rohr auf. Nachher erwähnt er die verschiedenen Methoden der Einführung der bronchoskopischen Röhren in den Kehlkopf und die Luftröhre und geht an die Darstellung seiner eigenen Broncho- und Oesophagoskope, die bezüglich ihrer leichteren Einführung, des grösseren Gesichtsfeldes und der Helligkeit des Bildes den gestellten Forderungen besser als andere entsprechen. Das Wesentliche in der Brünings'schen Modification stellt zunächst der Griff dar, der in einer geringen Entfernung vom tracheoskopischen Rohre nach unten gerichtet die Manipulationen mit dem letzteren und die Einführung desselben in den Luftweg wesentlich erleichtert. Das Untersuchungsrohr stellt einen Röhrenspatel dar, der auch bei stark zurückgeneigtem Kehldeckel sich leicht einführen lässt. In diesen wird ein inneres Rohr (Vorschieberohr) eingeführt und mittelst einer Uhrfeder mehr oder weniger vorgeschoben, so dass das ganze Rohr je nach Bedarf verlängert werden kann; für diese Feder befindet sich ein Spalt in der Seitenwand des Röhrenspatels, welcher die Vorschiebung desselben erleichtert. Der Durchmesser des Röhrenspatels beträgt 7—14 mm, derjenige des inneren Rohres $6^1/_4$—13 mm, die grösste Gesammtlänge beider Rohre 23—50 cm; die Röhren sind von 5 verschiedenen Grössen, damit sie bei Kranken verschiedenen Alters und selbst bei kleinen Kindern zur Bronchoskopie oder Oesophagoskopie verwendet werden können. Durch grössere Breite der Röhre wird das Gesichtsfeld verbreitert und das Bild besser beleuchtet. — Im Nächstfolgenden werden die verschiedenartigen Eingriffe in den Bronchien resp. im Oesophagus im Allgemeinen besprochen und die zur Dilatation dienenden Instrumente dargestellt, von denen hohle Metallbougies und kurze Bronchialtuben für Stenosen der Bronchien, ein Extractionsdilatator für die unter einer verengten Stelle im Bronchus sitzenden Fremdkörper und die dynamometrischen Dilatatoren für die Oesophagusmündung und für die Cardia nach Angabe des Verfassers zu erwähnen sind. Dann folgt die Darstellung von Instrumenten, die zur Extraction der Fremdkörper dienen und die zangenartig, den Killian'schen ähnlich, aber nach Art der Bronchoskope verschiebbar sind, so dass sie sich je nach Bedarf verlängern lassen. Vorher finden wir ein kleines Häkchen erwähnt, welches zur Extraction mancher Fremdkörper sehr nützlich sein kann. Zum Schluss werden noch einige Instrumente für specielle Fälle von Fremdkörpern angegeben, von denen ich besonders auf die Bronchialschlinge aufmerksam mache. — Dann wird die Beleuchtung und ihre verschiedenartige Anwendung (Innenlampe — Aussenlampe) kritisch besprochen und die Parallelisirung der Lichtstrahlen als Hauptbedingung guter Beleuchtung langer enger Canäle hervorgehoben; dieser entspricht die Brünings'sche Lampe. Sie besteht aus drei sternförmig gekreuzten Kohlestäbchen, deren Mitte dreimal so starkes Licht als jedes allein liefern kann. Als Kondensator dient die parabolische Sammellinse, die vor der Lampe so angebracht ist, dass sie die Lichtstrahlen parallel austreten lässt; letztere fallen auf einen kleinen unter 45° angebrachten, mitten durchlöcherten Planspiegel und werden als parallele Strahlen in das bronchoskopische Rohr reflectirt. Die Lampe sammt dem Kondensator und dem Planspiegel befindet sich in einer Hülse, die mittelst eines

senkrecht angebrachten Armes im Griffe des Bronchoskopes befestigt wird, sich aber durch Verschiebung in demselben an das Rohr nähern oder über das Rohr heben lässt. Die Entfernung der Linse von der Lampe und die Neigung des Planspiegels in sagittaler und transversaler Richtung lassen sich durch entsprechende Schraubenvorrichtungen reguliren; ausserdem kann der ganze elektroskopische Apparat seitlich abgedreht oder bis zur senkrechten Stellung aufgedreht werden. Ueber dem Planspiegel kann eventuell ein kleines Fernrohr zur Vergrösserung des Bildes oder eine Prismenkombination zur doppelten Durchsicht (zu Demonstrationszwecken) angebracht werden. Zum Schluss wird die Stirnlampe von Kirstein, das Elektroskop von Kasper, das Bronchoskop von L. v. Schrötter und der Beleuchtungsapparat von Kahler kritisch besprochen. — Im II. Theile (die Methodik) finden wir die Zusammenstellung des bronchoskopischen Instrumentariums nebst practischen Bemerkungen über den Untersuchungsraum, Sessel, Tisch u. dgl., welchen die Rathschläge über die Wahl der Stromquelle folgen. Dann wird die Handhabung des Elektroskopes, der bronchoskopischen Röhre und Zangen ausführlich besprochen, wonach endoskopische Uebungen am Phantom, an Thieren und Leichen empfohlen wurden, deren Werth vom Verfasser nicht überschätzt und das Hauptgewicht auf die Einübung im richtigen Einstellen des Rohres und im richtigen Erfassen des Fremdkörpers am Phantom gelegt wird. Im zweiten Capitel wird die Localanästhesie (zu der Verf. eine eigene Pinselspritze angiebt), die Narkose und die Sauerstoffeinathmung sowie deren Indicationen und Anwendung besprochen. Im dritten Capitel wird die Kirstein'sche Autoskopie dargestellt, zu der Verf. den Autoskopiespatel eigens modificirt. Nach Schilderung der regelrechten Einführung desselben bespricht er die Fehler, die man hier begehen und die Schwierigkeiten, denen man hier begegnen kann. Letztere können durch Gegendruck auf den Kehlkopf wesentlich vermindert werden und dieser lässt sich, abgesehen vom Fingerdruck, durch den vom Verf. angegebenen „Gegendrücker“ ausüben, den man am Griffe des Autoskopes befestigen kann. Durch den Gegendruck auf den Kehlkopf wird nicht nur die Autoskopie, sondern werden auch die Operationen auf dem autoskopischen Wege erleichtert, so dass das Gebiet derselben erweitert werden kann, wozu Verf. entsprechende Instrumente angiebt. Im vierten Capitel werden die anatomischen Verhältnisse und die Dimensionen der Trachea und der Bronchien berücksichtigt. Verf. bedient sich dazu der Radiogramme, die er durch Injection des Bronchialbaumes mit eigens hergestellter Gelatinelösung mit Bleipräparat an Leichen erhalten hat. Im Nächstfolgenden wird die Locomotion und die Lumenveränderung der Trachea und der Bronchien besprochen und erstere als minimal, letztere bei nachgiebigen Trachealwänden der Kinder als ganz deutlich bezeichnet. Richtig ist die Behauptung, dass bei Stenosen des gemeinsamen Luftrohres, die sich oberhalb des Thorax befinden, die erweichten Trachealwände beim Inspirium in das Lumen angesaugt, bei Stenosen der Trachea innerhalb des Brustkastens aber beim Exspirium hineingedrängt werden müssen. Zum Schluss werden noch die pulsatorischen Bewegungen und die „deglutatorische Compression“ der Trachea beim Hinunterschlucken grösserer Bissen erwähnt. Im fünften Capitel wird die Tracheobronchoskopie dargestellt. Zunächst wird die Einstellung des bronchoskopischen Rohres, dessen Einführung in die Bronchien

und die Beurtheilung des bronchoskopischen Bildes bezüglich seiner Lage und Grösse ausführlich besprochen. Dann wird die Wahl zwischen den Eingriffen auf dem Wege der oberen und der unteren Tracheobronchoskopie, die allgemeinen Vorbereitungen und die Wahl von entsprechenden Röhren und Instrumenten erörtert. Es folgt die untere Tracheoskopie, wobei auch die Besichtigung des Kehlkopfes von der Trachealfistel her (die untere Laryngoskopie) berücksichtigt wird. Dann wird die untere Bronchoskopie dargestellt, bei der auch die Einstellung des Bronchoskopes auf die Bronchialäste der beiden Oberlappen der Lungen mit Einführung des Gastroskopes (mit Prisma und Licht am Ende des Rohres) zu deren Besichtigung erwähnt wird. Es folgt die obere Tracheobronchoskopie, bei der die Anaesthesirung, die Einführung des Tracheobronchoskopes und der Gang der Untersuchung selbst besprochen wird. Das Capitel schliesst mit der „Tracheographie" und „Bronchometrie", die vom Verf. zur Bestimmung der Lage der tracheo- resp. bronchoskopisch wahrnehmbaren Abnormitäten der Luftröhre (Stenose, Deviation) resp. der Bronchien erdacht worden sind. Im Capitel VI wird speciell die autoskopische Untersuchung der Kinder mit Hinweis auf die relative Häufigkeit der Inspiration von Fremdkörpern im Kindesalter, besprochen. Dann werden die entsprechenden Modificationen am Instrumentarium sowie in der Ausführung der directen Laryngoskopie dargestellt, wobei die Schwierigkeiten, denen besonders letztere bei Kindern begegnet, berücksichtigt werden. Ich mache hier auf den Autoskopiespatel mit einem Spalt auf der rechten Seite aufmerksam, den Verf. bei Kindern gebraucht. Im siebenten Capitel fängt die Oesophagoskopie mit der Geschichte ihrer Entstehung an, worauf die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Speiseröhre erörtert werden. Dann wird das Instrumentarium und die Voruntersuchung besprochen, wobei auch die Sondirung der Speiseröhre sowie die Contraindicationen derselben und der Oesophagoskopie berücksichtigt werden und zuletzt die „Oesophagoskopirbarkeit" erörtert werden. Es folgt die Technik der Untersuchung, bei welcher die Cocainanaesthesie, die subcutane Morphiumanwendung und die allgemeine Narkose sowie die Untersuchung im Sitzen, in der Rücken- und der Seitenlage besprochen wird. Nachher wird die Einführung des oesophagoskopischen Rohres mit Mandrin und ohne denselben (bei Gesichtscontrolle) und der Gang der ganzen oesophagoskopischen Untersuchung ausführlich dargestellt. Zum Schluss wird noch die „Oesophagoskopie mit Luftaufblähung" und die „oesophagoskopische Dilatation" (zur Extraction fest eingekeilter Fremdkörper) beschrieben, welche vom Verf. erdacht wurden; dann wird die Einführung von Bougies durch das oesophagoskopische Rohr bei Oesophagusstenosen besprochen und zuletzt die Untersuchung vom Magen her nach der Gastrostomie (die „retrograde Oesophagoskopie") erwähnt.

Wie aus dem Obigen ersichtlich, wird hier die oculare Untersuchung der Luftwege und der Speiseröhre sowie die Ausführung verschiedener Eingriffe in denselben mit Benützung der besten Hülfsmittel dargestellt. Der Verf. kommt durch theoretisches Raisonnement auf Grund physikalischer Gesetze zu Schlüssen, die er dann praktisch zu verwerthen trachtet und entsprechend denen er verschiedene Modificationen am Untersuchungs- und Operationsinstrumentarium anbringt oder auch neue Instrumente für specielle Zwecke angiebt. Dieser Weg scheint zur

Lösung von optischen und mechanischen Problemen auch der richtige zu sein, indem die Brünings'schen Bronchoskope überall die Anerkennung gefunden haben. Desgleichen muss auch Referent, an dessen Klinik dieselben jetzt gebraucht werden, deren leichte Handhabung und gute Beleuchtung besonders hervorheben. Die öfters vorkommenden theoretischen Erwägungen, die mitunter auch kürzer gefasst werden könnten, können demjenigen, der das Praktische sucht, zum Theil überflüssig erscheinen; dafür aber findet man auch viele praktische Winke, die für Jeden, der mit den autoskopischen Untersuchungen zu thun hat, von grossem Werthe sind. Es muss auch die reichliche Ausstattung des Werkes mit sehr instructiven Illustrationen hervorgehoben werden. Pieniazek (Krakau).

c) **Garel. Diagnostic et traitement des maladies du nez.** (3. Auflage.) Vogot frères, Paris.

Der Verf. hat in dieser Auflage sein Lehrbuch der Nasenkrankheiten völlig umgearbeitet und erneuert. Das Buch soll sich nach der Absicht seines Autors an die allgemeinen Praktiker wenden, die den Wunsch haben, von der Rhinologie und ihren Methoden eine allgemeine Vorstellung zu erhalten; der Verf. ist in der Werthschätzung seines Werkes aber viel zu bescheiden, denn sein Buch enthält eine vollständige und eingehende Beschreibung aller in der Nasenhöhle und ihren Adnexen vorkommenden Erkrankungen sowie der modernen Behandlungsmethoden dieser Regionen.

Im Gegensatz zu dem, was bei der Lectüre deutscher Lehrbücher auffällt und was man oft auch in unserem eigenen Lande beobachten kann, hat Garel die Arbeiten seiner Landsleute in reichem Maasse benutzt und deren Ansichten mit grosser Schärfe auseinandergesetzt, ohne dass es nöthig wäre, dabei zu bemerken, dass er die fremdländischen Autoren anzuführen nicht vergisst. Im Gegentheil, er lässt jedem von ihnen sein Recht werden.

Das mit 145 Abbildungen im Text und 4 Tafeln ausgestattete Buch Garel's stellt einen werthvollen Beitrag zur rhinologischen Literatur dar. Es wird nicht nur von den allgemeinen Praktikern, sondern auch von dem Specialisten mit Nutzen gelesen werden, denn es enthält das Resultat einer langen persönlichen Erfahrung.

Garel ist nicht nur Specialist, er ist auch ein hervorragender allgemeiner Mediziner, der — wie er das am Schlusse seiner Vorrede ausführt — Werth auf die Erfahrung legt, dass manche specielle Erkrankungen aus einer Allgemeinerkrankung herrühren, deren Behandlung bisweilen schon genügt, um jene zur Heilung zu bringen. E. J. Moure.

d) **G. W. Bratt** (Stockholm). **Die Physiologie der Sprachstimme vom pädagogischen Gesichtspunkte.** Populäre Vorlesungen. Stockholm 1908.

Diese Arbeit ist von einem in seiner Heimath wohl gekannten und hoch geschätzten Gesanglehrer herausgegeben, der auch praktischer Arzt ist; hierher gehörende Fragen haben folglich theils vom Gesichtspunkte des Arztes, theils von dem des erfahrenen Pädagogen behandelt werden können.

Da wir der Arbeit in allen ihren zahlreichen und interessanten Details nicht

folgen können, erlauben wir uns, nur über einige von den wichtigsten Hauptpunkten zu berichten.

Als erste Bedingung des richtigen Gebrauches der Sprachstimme stellt Verf. das Studium des Athmenmechanismus auf; hier müssen wir das normale physiologische Athmen von dem Sprach- und Gesangsathmen scheiden: jenes ist ein actives Ein- und passives Ausathmen, dieses auch ein actives Ausathmen. Die Luft soll während des Ausathmens unter einem gewissen Druck gehalten werden; der Ausdruck „die Luft zu sparen“ darf aber niemals so verstanden werden, dass der Schüler mit falschen Spannungen im Halse die Luft in die Mundhöhle zu kommen verhindert. Die Kraft, die Lungen zu entleeren ohne falsche Muskelspannungen, muss wenigstens ebenso so oft geübt werden als die Kunst, die Lungen zu füllen; alle Athmungsübungen werden nämlich nutzlos, sobald man falsche Spannungen mit der Zungenwurzel, dem Unterkiefer, den äusseren Muskeln des Halses und den Schultern macht.

Nach einem richtigen Athmen muss man richtig intoniren; die Mechanik desselben wird als eine reflectorische Zusammenwirkung zwischen 1. dem Musc. vocalis, 2. den Adductoren und 3. den Spannern des Kehlkopfes geschildert. In einer ungeheuer grossen Anzahl von Fällen geht die Intonation nur mit den Muskeln 2 und 3 vor sich, ohne dass der Vocalis sich reflectorisch contrahirt. Die hierdurch verminderte elastische Widerstandskraft gegen den Luftdruck von den Lungen wird jetzt von einigen falschen Muskelspannungen in der Hals- und Schlundmusculatur ersetzt, wodurch dle wohlbekannten Symptome, Ermüdung, Schmerzen und Schleimabsonderung entstehen.

Die Tonsäule muss ferner in die Resonanzorgane hinausgeleitet werden; diese sind die mit Luft gefüllten Höhlungen der Nase, des Schlundes und des Mundes. Die Resonanz der Nase, die der harte oder kleine Nasenklang genannt wird, entsteht im Skelett der Nase und reicht bis zu den Choanen; im Nasopharynx finden wir den weichen Nasenklang und im Hypopharynx den Brustklang. Die wichtigste Resonanz der Sprachstimme ist in der Mundhöhle zu finden und wird von dem Gewölbe des harten Gaumens hervorgerufen, da die Lippen und Zähne des Oberkiefers dem Ton keine besondere charakteristische Resonanz, sondern nur eine grössere Anschlagsfläche geben. Die verticale Zone der Zunge soll während der Articulation so vollständig wie möglich in der Lage, die sie bei dem ruhigen diaphragmatischen Athmen hat, unverändert gehalten werden.

Die meisten Spannungen bei der Intonation und Articulation entstehen an der Umbiegungsstelle und am verticalen Theil der Zunge und die meisten Zwangsstellungen des Kopfes, des Kinns, der Zungenspitze u. s. w. sind als mechanische Folge dieser Zungenspannung anzusehen.

Nachdem Verf. weiter daran erinnert hat, dass die Articulation und die Intonation nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, von einander abhängig sind und zeitlich mit einander zusammenfallen, ferner, dass eine Verwechslung von Lippen- und Kieferöffnung nicht stattfinden darf, endigt er seine Arbeit mit einer Zusammenstellung von solchen Uebungen, die von dem Schüler gelernt und geübt werden müssen, um das Sprachorgan so correct wie möglich brauchen und ev. Fehlerhaftigkeiten corrigiren zu können. E. Stangenberg.

e) Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.

XII. Jahresversammlung 21. bis 25. October 1908 in Turin.

Putelli (Venedig): Referat: Ueber die Infectionen des Organismus durch Vermittelung des Waldeyer'schen Schlundrings.

Referent theilt seinen Vortrag in drei Hauptabschnitte: 1. Physiologie der Tonsille; 2. acuten Gelenkrheumatismus; 3. Tuberculose. Bezüglich des ersten Punktes kommt er zu dem Schluss, dass der lymphatische Schlundring nur zum geringsten Theil an der Blutbildung betheiligt sei und dass er zu der Zusammensetzung der Mundflüssigkeiten beiträgt. Seine prophylactische Thätigkeit ist dieselbe, wie bei jeder Lymphdrüse: durch Filterthätigkeit gegenüber den Bakterien und Phagocytose. Der Schlundring, besonders im Zustand der Hypertrophie, stellt oft die Eingangspforte für regionäre und allgemeine Infectionen dar.

Den acuten Gelenkrheumatismus erklärt Verf. für eine abgeschwächte Pyämie und setzt ihn in Beziehung zu den Anginen.

Referent bespricht dann das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Nase, Mundhöhle und im Nasenrachen anscheinend gesunder Individuen, ferner die primäre Tuberculose der Rachen- und Gaumenmandeln, sodann die secundären Tuberculosen derselben und geht dann ausführlich auf die zwischen pathologischen Anatomen und Klinikern schwebende Frage über, ob zwischen Cervical- und Bronchialdrüsen Lymphbahnen bestehen oder nicht.

C. Poli (Genua): Klinische Bedeutung des blutigen Auswurfs im Jünglingsalter.

Bei jungen Leuten im Alter von 15—25 Jahren findet sich bisweilen des Morgens in dem aus dem Rachen herausbeförderten Secret Blut; diese Erscheinung kann vereinzelt bleiben, kann sich aber auch im Laufe des Tages und an dem folgenden Morgen wiederholen. Nach den Erfahrungen des Redners liegt die prädisponirende Ursache für diese Erscheinung in den besonderen anatomischen Bedingungen, die im Jünglingsalter durch den Involutionsprocess des hypertrophischen lymphatischen Gewebes gegeben sind. Es handelt sich nämlich in den meisten Fällen um Träger adenoider Vegetationen. Durch Untersuchungen der in Involution begriffenen Rachentonsille ist festgestellt, dass mit der allmählichen Rückbildung des adenoiden Gewebes eine stärkere Entwickelung der Lymph- und Blutgefässe im Pharynx einhergeht, so dass letztere manchmal nur von dem Epithel bedeckt, in sehr erheblicher Dicke hervortreten. Dazu kommt, dass infolge der mangelhaften Thoraxentwickelung der Rückfluss des Blutes meist etwas behindert ist. So kann es unter dem Einfluss gelegentlicher Ursachen (Alkoholmissbrauch, Menstruation etc.) leicht zu kleinen Gefässzerreissungen kommen.

Nieddu: Eine kleine Appendicitis-Epidemie, studirt in Bezug auf ihre Beziehungen zu dem Zustand des lymphatischen Schlundrings.

N. hat 5 Fälle seiner Betrachtung zu Grunde gelegt, in denen auf eine eitrige Strepto kokken-Tonsillitis eine Appendicitis mit Abscessbildung folgte. In dem einen

tödtlich verlaufenden Falle hat er Eiterherde in der rechten Tonsille, Thrombose der abführenden Lymphgefässe bis zum Ganglion retro-maxillare, in diesem gleichfalls punktförmige Abscesse gefunden.

Nieddu: Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis nach Angina der Rachentonsille.

Redner berichtet über einen Fall, der die bereits auf der vorigen Versammlung von ihm vertretene Behauptung stützt, dass die Meningitis cerebro-spinalis häufig pharyngealen Ursprungs ist und dass die Infection sich nicht auf dem Wege der allgemeinen Circulation, sondern auf dem directen Blut- oder Lymphwege vom Rachen nach dem Rachendach und in die Schädelhöhle ausbreitet.

Putelli: Ueber Meningokokken-Rhino-Pharyngitis.

Häufiger als bei Erwachsenen wurden Meningokokken bei Kindern gefunden; in einem Falle bestand eine wahre Rhinitis purulenta und im Secret fand sich der Meningococcus.

Tommasi: Tiefer Halsabscess nach chronischer reacerbirender Tonsillitis.

Bericht über einen Fall.

Onodi: Angiom der Uvula.

Es handelte sich um einen haselnussgrossen an der Spitze der Uvula sitzenden Tumor, der nach vorheriger Ligatur der dilatirten Gefässe auf dem weichen Gaumen und unter submucöser Anästhesie mittels des Thermokauters abgetragen wurde.

Citelli: Nochmals über den vor 5 Jahren mitgetheilten Fall von Adenocarcinom der Tonsillen.

Redner hat vor 5 Jahren in Fränkel's Archiv über einen durch Operation per vias naturales geheilten Fall der Tonsillen berichtet. Es besteht jetzt ein Recidiv an dem entsprechenden Rand der Zunge.

Hahn (Turin): Neue Behandlungsart der Angina lacunaris.

Die in 23 Fällen angewandte Methode ist folgende: Ausspülung der Crypten mit einer lauwarmen Mischung von 3proc. Borsäurelösung und Wasserstoffsuperoxyd zu 12 Volumen in gleichen Theilen; diese Mischung wird mittels geeigneter Canülen in jede Lacune, besonders auch in den Recessus palatinus injicirt. Danach injicirt man in gleicher Weise wiederholt in die Lacunen eine 2,5proc. Lösung von Novocain mit 1prom. Adrenalinlösung und bläst schliesslich auf die ganze Oberfläche der Tonsille Anästhesin oder Orthoform. Es soll sofort Nachlassen der Beschwerden und in 24—36 Stunden völlige Heilung eintreten.

Nicolai (Mailand): Keratose des Pharynx.

Bericht über zwei Fälle. In dem einen waren disseminirte Flecke auf den Gaumenbögen, Tonsillen und im Nasenrachen; im zweiten waren besonders die Tonsillen befallen.

Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe entnommenen Stückes er-

gab die Anwesenheit zahlreicher Bacillen, die ausser in die keratösen Knötchen auch in das darunter liegende Gewebe eingedrungen waren.

Citelli: Drei Fälle von primärer Gangrän der Mandeln, von denen einer mit Antistreptokokkenserum geheilt.

Die beiden anderen Fälle verliefen tödlich.

Poppi (Bologna): Luschka'sche Tonsille. Canalis cranio-pharyngeus und Hypophysis.

Verf. berichtet über zwei Fälle von jungen Leuten, bei denen er einen Morbus Basedow nach Abtragung der Rachentonsille schnell heilen sah; er erinnert an die von Holz (Berlin) gemachte gleiche Erfahrung. Er theilt ferner einen Fall von linksseitigem Glaucom nach Verletzung des Trigeminus mit, das nach Iridectomie keine Besserung zeigte, 2 Jahre darauf aber nach Entfernung der adenoiden Vegetationen rapid heilte. Auch ein Morbus Addisonii besserte sich schnell und auffallend nach dieser Operation.

Redner sucht die Erklärung für die Thatsache in einer gestörten Function der Hypophysis.

De Cigna (Genua): Die oculare Diagnose der Oesophaguskrankheiten.

Redner macht auf Grund von 70 von ihm ausgeführten Oesophagoskopien Bemerkungen über Technik und Klinik der Oesophagoskopie.

Er räth, die Oesophagoskopie immer unter Cocainanästhesie vorzunehmen, und zwar die Einführung des Tubus in sitzender Stellung auf dem Operationstisch, die eigentliche Untersuchung aber in Rückenlage. Er demonstrirt ein Oesophagoskop, dessen Mandrin in einer Länge von 4 cm als eine weiche Spirale über den Tubus hinausragt, sich auf der Rachenwand umbiegt und so den Tubus selbst leitet. Er berichtet über Fälle von Fremdkörpern, Narbenstenosen, Carcinomen, drei Fällen von Spasmus bei Hysterischen und einen Fall von Atonie der Oesophaguswandungen bei einem Greise.

Nicolai: Oesophagotomia interna und Elektrolyse bei Oesophagusstenose.

Es handelte sich um einen Fall von Oesophagusstenose infolge Aetzung mit Schwefelsäure, die ungefähr 25 cm von der Zahnreihe begann. Der ösophagoskopische Befund liess eine ringförmige Stenose vermuthen und Redner machte deshalb die Oesophagotomia interna mit verschiedenen Incisionen. Mittels der Sondirung konnte jedoch festgestellt werden, dass die Stenose 7 cm nach abwärts reichte; daher setzte N. die Behandlung mit der Elektrolyse fort, die in wenigen Sitzungen ausgezeichnete Resultate ergab.

Cagnola (Mailand): Beitrag zur Extraction von Münzen aus dem Oesophagus.

In drei Fällen, wo 5-Centesimistücke in die Speiseröhre gefallen waren, hatte C. mit der Oesophagoskopie keinen Erfolg; wie er vermuthet, weil die Münze zwischen dem Rohr und der vorderen Speiseröhrenwand verborgen blieb. Die Extraction gelang mit dem Kirmisson'schen Haken.

Onodi: Stimmbandlähmung mit Mydriasis.

Ein Mediastinalsarkom verursachte einseitige Stimmbandlähmung und Mydriasis auf derselben Seite. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Stamme des Recurrens eine beginnende Degeneration des Myelin ohne sonstige Veränderungen.

Mancioli: Ueber zwei Symptome bei Läsionen des Recurrens. (Bradycardie und Anästhesie des Kehlkopfeingangs.)

Bradycardie hat M. bei Hunden bei Zerrung des Recurrens erhalten, aber nicht bei Durchschneidung oder Compression. Die Wirkung soll durch indirecte Zerrung des Vagus zu Stande kommen; sie erfolgte bereits bei minimalen Zerrungen, bevor noch Bewegungsstörungen im Larynx auftraten.

Das Massei'sche Symptom hat Redner in allen klinischen Fällen getroffen, er hat es experimentell bei 10 Hunden hervorgerufen. Er schreibt die Erscheinung einer Neuritis zu, die vom Recurrens zum Ganglion plexiforme aufsteigt und von dort zum Laryngeus superior hinabsteigt.

Nicolai: Ein Fall von Avellis-Jackson'schem Symptomencomplex.

Genauer Bericht über einen Fall von Lähmung der X., XI., XII. Hirnnerven. N. glaubt, es handelte sich um eine tuberculöse Basilarmeningitis, durch die eine Compression der Nerven bei ihrem Austritt aus der Schädelhöhle bewirkt wurde.

Arslan (Padua): Radicalbehandlung der Larynxstenosen.

A. demonstrirt zwei Kranke, die er mittels eines von ihm angegebenen Apparates von ihrer — andererseits lange resultatlos behandelten — Larynxstenose geheilt hat. Der Apparat, der ohne Unbequemlichkeit 5—9 Tage lang getragen werden kann, dient einerseits zur Phonation des Larynx, andererseits hält er die Trachealöffnung durchgängig. Redner giebt eine Statistik der von ihm bisher behandelten Fälle; er verwirft die Laryngostomie.

Nicolai: Doppelseitige Hemiplegie des Kehlkopfs; Chordectomie.

Die Lähmung erfolgte infolge Verletzung der N. recurrentes bei Entfernung beider Schilddrüsenlappen.

N. machte die beiderseitige Chordectomie per vias naturales mit nachfolgender Intubation mit kurzen dreieckigen Tuben, die von ihm angegeben sind; durch dieselben wird die Bildung von Synechien verhindert und die Epidermisirung des neugebildeten Gewebes an Stelle der Stimmbänder angeregt. N. demonstrirt seine Canülen und Präparate von dem aus Bindegewebe und elastischen Fasern bestehenden neugebildeten Gewebe.

Ferreri: Ueber die Technik der Laryngostomie.

F. berichtet über zwei von ihm mittels erheblich modificirter Technik operirte Fälle: Er entfernte den ganzen vorderen Theil des Ringknorpels, so dass der Kehlkopf in gerader Richtung weit mit der Trachea communicirte. Die Dila-

tation wurde mittels Tampons von comprimirter Watte bewirkt. F. setzt die Vortheile der von ihm befolgten Modificationen auseinander.

Melzi und Cagnola: Neue Beiträge zur Laryngostomie.

Bericht über drei neue mittels Laryngostomie geheilte Fälle von chronischer Kehlkopfstenose nebst genauer Beschreibung der angewandten Technik.

Gradenigo: Ueber Laryngostomie, Laryngofissur und Tracheostomie.

Den Namen Tracheostomie will G. reservirt wissen für die Fälle, in denen bei subglottischer Stenose es genügt, nur den oberen Theil der Trachea offen zu halten, um so von unten her das Kehlkopftumen tamponiren zu können. Er berichtet über einen so operirten Fall und demonstrirt zwei laryngostomirte Patienten, einen alten wegen Stenose infolge schwerer Syphilis des Larynx tracheotomirten Mann und einen jungen Patienten, bei dem die Stenose ganz acut wahrscheinlich infolge entzündlicher Zustände mit Betheiligung des Aryknorpelgelenkes aufgetreten war. Im ersten Falle trat Heilung in 2, im zweiten nach circa 5 Monaten auf. G. zieht die Tamponade mit Gaze der Anwendung von Caoutchouktuben vor.

Canépele (Bologna): Zwei neue Fälle von Laryngostomie.

1. 28jähriger Mann; Trachealtumor, Laryngofissur; nach Abtragung des Tumors bleibt die subglottische Partie durch das Vorspringen der hinteren Wand verengt. Progressive Dilatation einen Monat lang. Heilung.

2. Knabe, dem ein Kürbiskern in den Larynx gerathen war. Tracheotomie; Expulsion des Fremdkörpers. Decanulement unmöglich. Nach 8 Monaten Laryngostomie; der Larynx ist concentrisch verengt. Dilatation 3 Monate; Naht; Heilung.

Strazza (Genua): Zwei Fälle von Larynxexstirpation wegen Carcinom.

St. befolgt die Technik Gluck's. Er berichtet die beiden Krankengeschichten und demonstrirt die exstirpirten Kehlköpfe.

Rugani (Siena): Sepsis des Kehlkopfs nach Streptokokkensepticämie.

R. berichtet über einige Fälle von Sepsis des Respirationstractus mit Larynxstenose, in denen immer Streptokokken und keine Diphtheriebacillen gefunden wurden; diese Larynxsepsis war immer secundär nach allgemeiner Streptokokkeninfection. Er berichtet genauer über einen Fall nebst Sectionsbefund und betont die Nothwendigkeit, rechtzeitig mit der Tracheotomie bei der Hand zu sein.

Gavello: Betrachtungen über Fremdkörper im Kehlkopf.

Die Betrachtungen gehen von einem Fremdkörperfall bei einem 20 Monate alten Mädchen aus.

Calamida: Traumatische Kehlkopferkrankungen.

Zwei Fälle von Contusion mit Heilung und zwei Fälle von Fractur, die trotz der Tracheotomie ungünstig verliefen.

Pinaroli (Turin): Kehlkopfwunden.

P. giebt eine Studie über die Schuss- und Schnittwunden des Kehlkopfs. Er kommt zu dem Ergebniss, dass es nothwendig ist, die präventive tiefe Tracheotomie zu machen, dann bald mit Catgutnähten die verletzten Theile zu nähen, wobei immer eine Hautdrainage gelassen werden muss. Er erhielt immer völlige Heilung mit völliger functioneller restitutio ad integrum.

Strazza: Ueber die Vernarbung linearer Kehlkopfwunden.

St. demonstrirt zahlreiche mikroskopische Präparate, aus denen hervorgeht, dass bei linearen Kehlkopfwunden die beiden Enden des incidirten Knorpels durch ein compactes fibröses Gewebe vereinigt werden. An der inneren, nach dem Kehlkopflumen zu gelegenen Partie dieses fibrösen Callus unterscheidet man Inseln von neugebildetem Knochen- und Knorpelgewebe, die gleichsam die Continuität des Knorpel-Knochenskeletts wieder herstellen.

Gavello: Tumor der Epiglottis.

Es handelte sich um ein sehr grosses Angiofibrom.

Hahn: Die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberculose.

Bereits referirt, cfr. Centralblatt 1909, S. 417.

Mengotti: Ueber einen Fall von Spasmus glottidis.

Der an sehr heftigen Spasmen seit Jahren leidende und vielfach umsonst behandelte Patient wurde erheblich gebessert durch Abtragung des unteren Theils der hypertrophischen Uvula; ausserdem wurde Patient angewiesen, besonders während der Anfälle durch die Nase zu athmen, und die entzündete Schleimhaut der oberen Luftwege täglich behandelt.

Onodi: Präparate von Nebenhöhlen.

Demonstration von 3 Schädeln, die erst durchleuchtet und mit Röntgenstrahlen untersucht und dann eröffnet wurden. Im ersten Fall fehlten beide Stirnhöhlen, im zweiten gaben die angewandten Untersuchungsmethoden dieselben Resultate, im dritten ergab die elektrische Durchleuchtung nur Spuren von Stirnhöhlen, während mittels Röntgenbild und nach Eröffnung sich zeigte, dass sie gut entwickelt waren.

Durchleuchtung und Röntgendurchstrahlung bei 1200 Schädeln ergaben: Bei der Radioskopie fehlten die Stirnhöhlen in 5 pCt. der Fälle beiderseits, seltener auf einer Seite; bei der elektrischen Durchleuchtung fehlten sie beiderseits in 30 pCt., rechts allein in 10 pCt., links allein in 10 pCt. der Fälle.

Onodi: Demonstration von Präparaten:

1. Präparat zur Demonstration der innigen Beziehungen des N. opticus zu der Keilbeinhöhle und den hinteren Siebbeinzellen.
2. Mittlerer Nasengang mit 5 in die Oberkieferhöhle führenden Oeffnungen.
3. Grosse alveolare Cyste, die die Highmorshöhle einnimmt.
4. Ein Präparat, in welchem alle Siebbeinhöhlen zu einer grossen Höhle verschmolzen sind und auf einer Seite mit der Stirnhöhle communiciren.

Onodi: Sinusitis frontalis und Meningitis serosa.

Bericht über einen Fall; Heilung ohne chirurgischen Eingriff.

Pusateri (Palermo): Beitrag zum Studium der Stirnhöhleneiterungen.

Bericht über Experimente, die an jungen Hunden vorgenommen wurden, um den Verlauf von Stirnhöhlenentzündungen zu studiren, die durch chemische Mittel oder Bakterien hervorgerufen wurden. Die mit Gift behandelte Stirnhöhle zeigte sich nach 48 Tagen gesund; bei Stirnhöhlen, die mit Staphylokokken inficirt waren und bei denen jedoch eine genügende Communication mit der Nase hergestellt war, fand man nach 30 Tagen in den abhängigen Partien Eiter, die Schleimhaut verdickt und mit Granulationen bedeckt. Der entzündliche Process erstreckte sich bis auf den Knochen.

Marchesa (Turin): Modificationen der Nasenflora nach dem Wechsel der Jahreszeiten und der Höhen.

Die Zahl der Mikroorganismen in der Nase ist am grössten im Sommer; es folgen: Herbst, Frühling und schliesslich Winter. Die Menge ist grösser in der Seestadt (Genua), als in Turin, Mailand, Aosta. Niemals wurde eine bactericide Eigenschaft des Nasensecrets gefunden. Redner konnte sehr häufig die Anwesenheit pathogener Mikroorganismen constatiren, sie waren aber stets sehr abgeschwächt; niemals konnte er virulente isoliren.

Citelli: Vereiterte Mucocele der Stirnhöhle, nach der vom Verf. angegebenen Methode operirt.

C. erhielt mittels Anwendung seiner Methode — Ausfüllung der Höhle mittels Jodoform-Paraffin — völlige Heilung.

Balla: Ein Fall von ungewöhnlichem Nasenreflex.

Berührte man bei der 33jährigen syphilitischen Patientin den oberen Theil des Septum nnd die untere Muschel, so trat auf derselben Seite eine Trigeminusneuralgie auf; bei Berührung des Septum in seiner Mitte und in der Mitte des antero-posterioren Durchmessers trat lebhafte Neuralgie des linken Ischiadicus und linksseitige Parese des Armes ein. Nach Cocainisirung des Septums schwanden Schmerzen und Parese.

Mengotti (Venedig): Zwei Fälle von Convulsionen von epileptischem Typus nach Nasentamponade.

M. hat in zwei Fällen infolge Tamponade nach Conchotomia inferior epileptische Anfälle auftreten sehen. Er glaubt, dass viele Epileptiker nasenleidend seien und die Anfälle in diesen Fällen reflectorisch von der Nase ausgelöst werden. Er giebt eine Erklärung für den Mechanismus des Zustandekommens dieser Anfälle.

D'Ajutolo: Polyphobie und andere nervöse Störungen bei einem rhinopathischen Individuum.

Der 25jährige, an allen möglichen Phobien leidende Mensch wurde durch Operation der hyperplastischen unteren Muschel geheilt.

Tormene: Complicirter Symptomencomplex infolge eines grossen Rhinolithen.

Der 6,35 g schwere Rhinolith, in dessen Centrum eine kleine Erbse steckte, sass in der linken Nase und hatte während seines langen Verweilens daselbst folgende Erscheinungen hervorgerufen:

Linksseitige Otorrhoe, Neuralgie des 2. Trigeminusastes, Sausen im linken Ohr; epileptiforme Anfälle (4—5 im Monat), häufigen Schwindel, Enuresis nocturna. Alle diese Erscheinungen verschwanden nach Entfernung des Nasensteines.

Gavello: Die Behandlung der Nasenrachenfibrome mit Fibrolysin.

G. beschreibt die Technik der von ihm angewandten interstitiellen Fibrolysininjectionen in den Tumor und die damit in einigen Fällen erzielten Resultate. Er empfiehlt die Methode für die fibrösen Tumoren der Nase und des Nasenrachens, besonders diejenigen Fälle, bei denen bei der Operation eine schwere Blutung zu erwarten wäre.

Tormene: Ueber die Resistenz der rothen Blutkörperchen bei adenoiden Vegetationen und Nasentumoren.

Vorläufige Mittheilung. T. hat in einem Falle Vermehrung, in einem anderen keine Veränderung der normalen Verhältnisse gefunden.

Nieddu: Nasenpolypen mit langwährender Aufhebung der Nasenathmung.

Der Patient, bei dem die Nasenathmung seit 10 Jahren völlig aufgehoben war, war ein Champion im Lauf-, Radfahr- und Rudersport.

Bruzzone: Blutende Septumpolypen.

Demonstration mikroskopischer Präparate von sechs Fällen, aus denen die angiomatöse Structur der Tumoren hervorgeht.

Nieddu: Die Enuresis in Beziehung zur Oto-Rhino-Laryngologie.

N. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen zur Erklärung der Enuresis nocturna aufgestellten Theorien. Er giebt eine Schilderung der bei 20 Patienten mit Enuresis beobachteten Symptome und kommt zu folgendem Schlusse: Die Enuresis ist eine Neuropathie oder eine Psychopathie, die wahrscheinlich secundär zu einer Drüseninsufficienz, speciell einer Insufficienz der Schilddrüse und der Nebennieren hinzukommt; die adenoiden Vegetationen haben entweder keinen causalen Einfluss oder sind nur eine Begleiterscheinung und eine der Insufficienz anderer Drüsen secundäre Erscheinung, oder wenn sie irgendwelche Wirkung haben, so unterscheidet sich diese nicht von der bei Drüsen mit innerer Secretion.

Nicolai: Transnasale Hypophysectomie bei Akromegalie.

Fall bei Akromegalie, der seit 10 Jahren besteht. Auf Grund der Radioskopie wurde eine Vergrösserung der Hypophysis diagnosticirt. Abtragung der Hypophysis in zwei Sitzungen auf dem transnasalen Wege. Exitus am 6. Tage

infolge Meningitis. Die histologische Untersuchung ergab eine einfache Hyperplasie der Drüse.

Staurenghi: Das Alypin in der oto-rhino-laryngologischen Praxis.

Empfiehlt die Anwendung 5—10proc. Lösung.

Mongardi: Ein neues Tonsillotom.

Eine Art Zange zum Morcellement, das sich für die Abtragung der vier Mandeln, der Uvula, Epiglottis, Tumoren der Zungenbasis etc. eignet.

De Cigna: Demonstration von Instrumenten.

1. Modification am Handgriff des Mandrins für die Trachealcanüle; gestattet mittels eines Gelenkes die unmittelbare Extraction der Canüle auch in Fällen sehr tiefer Tracheotomie.
2. Röhrenführer für die directe Tracheobronchoskopie.
3. Zange zur Entfernung des abgeschnittenen Stückes nach der Conchotomie.

Onodi: Instrument zur breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle.

Finder.

---

f) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

56. und 57. Sitzung vom 30. und 31. October 1908.

Freer (Chicago) entwickelte in einem Vortrag seine Methoden für Tonsillectomie und für submucöse Septumresection und demonstrirte beide Methoden an Patienten.

58., 59. und 60. Sitzung vom 18. November und 16. December 1908 und 16. Januar 1909.

Nur otologische Mittheilungen.

61. Sitzung vom 17. Februar 1909.

Vorsitzender: G. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

I. N. Rh. Blegvad: Vorläufige Mittheilung über die Behandlung der Kehlkopftuberculose mittels Radiumemanation.

Die mitzutheilenden Fälle sind nur als Glied einer grösseren, von Dr. Jansen vorgenommenen Untersuchungsreihe aufzufassen.

Die „Emanation“ hat dem Radium selbst gegenüber den Vortheil, dass sie die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Lungen u. s. w. direct beeinflussen kann, also Stellen, die der directen Bestrahlung mittels Radium unzugänglich sind. Sie wird in Wasser gelöst und dann mittels eines Luftstromes wieder fortgerissen und durch eine gebogene Glasröhre gegen den Aditus laryngis geleitet. In jeder Sitzung wurden 200000 Emanationseinheiten verwendet und die Sitzungen wurden täglich oder jeden zweiten Tag wiederholt.

In einem Falle wurde ein ziemlich grosses, in der Regio interarytaenoidea befindliches Infiltrat zum völligen Schwinden gebracht, der Fall ist aber insofern nicht einwandsfrei, als nur einmal Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden und in den Lungen nichts Sicheres gefunden wurde. Ferner sind 4 Patienten mit unzweifelhafter Kehlkopftuberculose noch in Behandlung; in 2 Fällen sind wenigstens die subjectiven Symptome beträchtlich gebessert, auch haben sich die Geschwüre gereinigt, in dem 3. Falle, wo durch die Milchsäurebehandlung eher eine Verschlimmerung eintrat, haben sich die tuberculösen Infiltrate unzweifelhaft verkleinert; in dem 4. Falle endlich, einer anfangenden Kehlkopftuberculose, ist das tuberculöse Infiltrat fast völlig verschwunden. Es scheinen demnach die vorläufigen Resultate zu weiteren Versuchen aufzufordern.

II. N. Rh. Blegvad: Fall von gestieltem Angiom der linken Stimmlippe.

35 jähriger Mann, seit letztem Sommer heiser; während des Herbstes vorübergehende Besserung, später Heiserkeit wieder zugenommen; 14 Tage vor der Untersuchung entleerte sich plötzlich ohne Husten oder andere Ursache Blut, wonach die Stimme etwas besser wurde. Bei der Untersuchung fand man an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der linken Stimmlippe eine hirsekorngrosse, gestielte Geschwulst, weiss, mit leicht höckeriger Oberfläche; sie wird mittels der kalten Schlinge abgetragen, nur wenig Blutung. Mikroskopie: Angiom. Interessant die spontane Blutung mit nachfolgender Besserung, vielleicht der Anfang einer Art Spontanheilung.

III. P. Tetens Hald: Fall von Sinusitis frontalis cholesteatomatosa (mit Demonstration).

2 jähriges Kind, vor einem Jahre in der Stirngegend ein Knoten, der sich bis 8 Tage vor der Aufnahme unverändert hielt, dann aber zu wachsen anfing. In der Stirngegend eine mandarinengrosse, fluctuirende Geschwulst; die Röntgenuntersuchung ergab an der betreffenden Stelle einen Defect der knöchernen vorderen Stirnhöhlenwand. Bei der Operation eine einzige sehr grosse Höhle, deren knöcherne Vorderwand nur in der Peripherie erhalten war; die Höhle mit Cholesteatommassen gefüllt; Heilung in 5—6 Wochen.

Es wäre denkbar, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um eine Stirnhöhlenentzündung handelte, sondern um eine Dermoidcyste, die inficirt worden war und dann an der Stelle der Stirnhöhle eine mit der Nasenhöhle communicirende Höhle gebildet hatte; eine genauere mikroskopische Untersuchung machte es wahrscheinlich, dass es sich thatsächlich um eine Dermoidcyste gehandelt hatte.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

62. Sitzung vom 31. März 1909.

Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. Jörgen Möller: Einige Fälle von Rhino- bezw. Otolithiasis.

Fall 1. 51 jährige Frau; scheusslicher Geruch aus der Nase, Ursprung unbekannt, nur giebt sie an, dass vor Jahren kleine Knochensplitter aus der Nase

gekommen seien. In der Nase ein grosser hemdenknopfförmiger Rhinolith, dessen beide Seitenhälften mittels eines durch eine Septumperforation gehenden Zwischenstückes verbunden sind. Die Consistenz sehr hart, so dass es in drei verschiedenen Sitzungen nur gelang, kleinere Stücke loszubrechen; später blieb Patientin von der Behandlung aus.

Zerstörung der Nasenscheidewand durch Rhinolithen, so dass sie allmählich beide Nasenhälften ausfüllen, ist mehrmals beschrieben worden, von Hemdenknopfform findet man aber nichts. Die Perforation hat hier wahrscheinlich schon vorher bestanden (luetische Zerstörung?).

Fall 2. 25 jähriger Mann; seit Jahren stinkende Naseneiterung unbekannten Ursprungs. In der linken Nasenhälfte ein haselnussgrosser Rhinolith, sehr brüchig. Die chemische Zusammensetzung weicht in erheblichen Grade von der gewöhnlichen ab; die Rhinolithen bestehen in der Regel aus Kalksalzen, enthalten organische Stoffe nur in geringerer Menge und Eisen nur als Spur; hier aber fand man 28,50 pCt. organische Stoffe und 35,84 pCt. Eisenoxyd.

Fall 3 ist nur durch die sonderbare Weise eigenthümlich, in der das Concrement entdeckt wurde: es wurde, nachdem schon mehrmals ohne Schwierigkeit Tubarkatheterisation vorgenommen worden war, mit dem Tubenkatheter in den Schlund gestossen; die Stelle, wo es gelegen hatte, war nicht aufzufinden.

Fall 4. Otolithiasis.

Blegvad demonstrirte zwei Rhinolithen. Fall 1: 25 × 13 mm grosser, nach hinten zu zweitheiliger Rhinolith. Fall 2: Scheibenförmiger Rhinolith, 12 mm im Durchmesser, 6 mm dick, lag in einer Vertiefung des vorderen Endes der unteren Muschel; sowohl die Schleimhaut als der Knochen waren an der betreffenden Stelle atrophirt.

II. E. Schmiegelow: Fall von Diverticulum oesophagi.

74jährige Frau; durch 15 Jahre zunehmende Schluckbeschwerden, ist jetzt aufs äusserste abgemagert. Die Röntgenuntersuchung ergab ein mächtiges Divertikel, dessen unterer Rand in der Höhe des 5. Dorsalwirbels lag. Gastrostomie wird vorgenommen, jedoch ist sie 4 Tage nach der Operation an einer Pneumonie gestorben.

Das Präparat wurde demonstrirt: ein gänseeigrosses Divertikel, von der hinteren Schlundwand ausgehend und bis zum Arcus aortae reichend.

Discussion:

Gottlieb Kiär berichtet über einen Fall von Ectasia et diverticulum oesophagi bei einer 60jährigen Frau. K. untersuchte Patientin 7 Stunden nach einer Mahlzeit; während der Laryngoskopie öffnete sich plötzlich der Oesophagusmund und eine weisse, schleimige Flüssigkeit quoll hervor und füllte die Sinus piriformes; es wiederholte sich dies mehrmals. Bei der Oesophagoskopie fand man im oberen Theil der Speiseröhre eine ziemlich grosse Erweiterung, an deren Hinterwand ein 1 cm breiter Querspalt sichtbar war; er führte in ein Divertikel hinein, aus dem die besprochene Flüssigkeit ausgedrückt werden konnte. Im übrigen Theil der Speiseröhre nichts Abnormes.

III. E. Schmiegelow: Fall von Cancer sinus sphenoidalis.

74 jährige Frau; Schmerzen im rechten Oberkiefer, Verstopfung und Eiterung der rechten Nasenhälfte, Doppeltsehen. Die Geschwulst wurde nach Decorticatio faciei und Resection der vorderen Kieferhöhlenwand, des Proc. nasalis und der Muscheln entfernt. Wird 14 Tage nach der Operation entlassen, ist subjectiv bedeutend erleichtert.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

63. Sitzung vom 6. October 1909.
Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. Schousboe: Fall von primärer Rachentuberculose.

Demonstration eines 10 jährigen Mädchens mil grossem Rachengeschwür, seit $1^1/_2$ Jahr in Beobachtung; Geschwür während dieser Zeit von wechselnder Grösse, bisweilen ganz geheilt. Mikroskopie: Tuberculose. Keine Tuberculose in anderen Organen nachweisbar. Das Geschwür wurde durch Jodkali-Quecksilberbehandlung günstig beeinflusst.

II. Schousboe: Fall von Obliteration der Speiseröhre.

19 jähriger Stuckarbeiter mit Narbenstenose nach Salzsäureätzung vor 11 Jahren; Magenfistel angelegt. Durch die Speiseröhre passirt überhaupt nichts, das Oesophagoskop lässt sich nur bis 30 cm von der Zahnreihe hineinführen und die Speiseröhre scheint hier völlig verschlossen zu sein. 14 Tage später erscheint Patient wieder und präsentirt eine Moulage der Verengerung. Er hatte ein paar Esslöffel Gypsbrei und dann einen Spagatfaden geschluckt; der Spagat war auch richtig in den Gyps hineingegossen worden, als er aber das Ganze heraufziehen wollte, begegnete er starkem Widerstande und schliesslich folgte mit dem Faden nur ein kleines Stück des Gypsblocks heraus; nach 14 Tagen gelang es ihm jedoch durch „Erbrechen“, das Uebrige zu entleeren. Der Abguss giebt eine sehr gute Vorstellung von der Gestalt der Verengerung.

III. A. Waller: Fall von Empyema cellulae ethmoidalis ant. mit endocraniellen Complicationen.

25 jähriger Arbeiter mit 2 Jahre dauernder Nasenhöhleneiterung. 8 Tage nach der Operation meningeale Erscheinungen, die jedoch wieder zurückgingen: später intermittirender Kopfdruck, von Temperatursteigerung begleitet. Bei Craniotomie wurde nichts gefunden.

Ausserdem ein otologischer Vortrag. Jörgen Möller.

---

g) Laryngological Section of Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 8. Januar 1909.
Vorsitzender: Dundes Grant.

Discussion über „Die moderne Behandlung der Syphilis, besonders in Hinsicht auf die oberen Luftwege.“

Lieven (Aachen): Die Entdeckung der Spirochaete pallida hat in der Therapie der Syphilis keine Umwälzungen zur Folge gehabt. Das Quecksilber, das

nach Neisser's Untersuchungen die Mikroorganismen tödtet und die Thiere gegen die Infection immun macht, hat seine alte Stellung bewahrt. Das Atoxyl gab ähnliche Resultate, jedoch die grossen beim Menschen nothwendigen Dosen brachten die Gefahr der Opticusatrophie mit sich.

Quecksilber, innerlich gegeben, greift den Digestionstractus an, auch sind nach dieser Anwendungsform oft Rückfälle zu verzeichnen. Von den löslichen, zur Injectionscur benutzten Quecksilbersalzen zieht L. das französische Bijodür in 2proc. Lösung vor. Die Ausscheidung geht jedoch sehr rasch vor sich und besteht Neigung zu Rückfällen. Die hauptsächlichsten unlöslichen Präparate sind: Calomel, graues Oel und Hydrargyr. salicyl. Von den ersteren werden 40proc. Emulsionen angewandt, die Injectionen werden mit einer Barthelemy'schen Spritze gemacht, die angewandte Dosis soll 10 Theilstriche von dem Calomel und 14 von dem grauen Oel betragen. Jede Woche wird eine Injection gemacht; 8 Einspritzungen mit Calomel und 12 mit grauem Oel machen eine Tour aus. In Bezug auf die Wirksamkeit ist die Reihenfolge: Calomel, Hydrargyr. salicyl., graues Oel. Calomel ist am wirksamsten; doch sind septische Processe und Fieber dabei nicht ungewöhnlich. Es sind bei Gebrauch von Calomel und Ol. cinereum bedrohliche Fälle von excessiver Resorption beobachtet worden. Das salicylsaure Salz ist ohne Gefahr, es ist das beste für die Praxis; das Calomel sollte für die schweren Fälle reservirt bleiben. Man soll bei der Injection die Verletzung einer Vene vermeiden. Die Injectionen sind intramusculär zu machen. Diabetes und Nephritis sind Contraindicationen.

In Deutschland ist im Allgemeinen die Schmiercur in Anwendung. In Aachen wird täglich ein Thermalbad von 35° C. vor dem Einreiben genommen, doch darf das zuletzt eingeriebene nicht durch Seifen entfernt werden.

Das Jodkali ist eins unserer wirksamsten und werthvollsten Mittel. Als Gegenmittel bei Jodismus gebe man Sulfanilsäure. Sajodin hat eine milde und prolongirte Wirkung; dasselbe gilt von Jodipin, von dem 20—30g dreimal wöchentlich gegeben werden sollen, bis als Gesammtdosis 250 g erreicht sind. Ueber Soanin und Arsacetin liegen noch nicht genügende Erfahrungen vor.

Die Mercurialbehandlung soll nur beim Nachweis der Spirochaete oder wenn die Symptome die Diagnose sicher machen, begonnen werden. Die normale Aachener Cur besteht aus 40—50 Einreibungen von je 5 g; drei weitere derartige Curen sollen in 6monatlichen Intervallen gemacht werden.

Für die Erscheinungen seitens der oberen Luftwege genügt die Allgemeinbehandlung in der Regel. Ein Lippenschanker soll mit Quecksilberpflaster (Beyersdorff No. 15) bedeckt werden; ulcerirte Plaques der Mundhöhle werden nach sorgfältigem Trocknen mit concentrirter Chromsäure touchirt. Ein festsitzender Schorf wird durch fernere Application von 10proc. Argentumlösung erreicht. Rhagaden an der Lippe oder Nase sollen mit 5proc. weisser Praecipitatsalbe bedeckt werden. Rauchverbot ist sehr wichtig. Am Ende des ersten Jahres soll mit der Jodbehandlung begonnen werden, und zwar nach der 3. oder 4. Quecksilbercur. Sind tertiäre Geschwüre vorhanden, so soll Hg nicht gegeben werden, bis die Heilung unter Jod begonnen hat; dann werden gleichzeitig mit der Schmier-

cur Jodipininjectionen gemacht. In malignen Fällen, die bisweilen unter Jod sich verschlechtern, sollen Calomelinjectionen gemacht werden.

Referent bespricht dann die Frage der Entfernung von Sequestern, die operative Behandlung von Narbenbildungen in Pharynx und Larynx.

Colonel Lambkin, R.A.M.C., hat, so ausgezeichnet die Schmiercur auch sonst ist, sie in der Militairpraxis für unpraktisch befunden und wendet die Injectionsbehandlung an. Er macht 4 Wochen lang wöchentlich eine Einspritzung von $^3/_4$ g Calomel, dann wird metallisches Hg injicirt. Zur Heilung und Verhütung von Recidiven wendet er das Amylarsensalz an. Arsacetin ist noch werthvoller als Soanin.

Sir Felix Semon hält die interne Behandlungsmethode nicht für geeignet, um Rückfällen vorzubeugen; die meisten seiner Fälle von tertiären Rachenaffectionen hatten eine solche Behandlung durchgemacht. Localbehandlung hält er bei Pharynxaffectionen nur selten für nöthig. Bei manchen Fällen von frühzeitiger maligner Erkrankung des Halses erweisen sich Hg und Jod in gleicher Weise als unwirksam; in diesen erzielt man oft mit Sarsaparilla den gewünschten Effect.

Mayor French, R.A.M.C., hat auch im Militairlazareth und beim Landheer die Schmiercur als gut anwendbar gefunden. Bei ambulatorischen Patienten hat er bisweilen Injectionen gemacht, jedoch waren Rückfälle nach Inunctionen weniger häufig. Nach der 25. Einreibung hört er öfter mit der Behandlung auf, da eine Abnahme des Haemoglobingehalts und des Körpergewichts zu constatiren ist. Zwischen den Inunctionscuren giebt er Jod.

T. P. Beddoes spricht zu Gunsten der internen Methode; der Specialist sieht nur die Misserfolge und nicht die zahlreichen Erfolge. Wenn Injectionen nöthig sind, so bevorzugt er solche von Salicylarsenat, die zweimal wöchentlich gegeben werden. Können sie nicht so oft gegeben werden, so wendet er Calomel an.

Harold Barwell: Da die meisten Fälle in England mit der innerlichen Methode behandelt werden, so ist es nur natürlich, dass die Mehrzahl der Patienten mit Halsaffectionen diese Behandlung durchgemacht hat. Bei Fällen, die eine schnelle Wirkung erfordern, z. B. bei Dyspnoe, hat er intramusculäre Injectionen von Hydrarg. benzoicum gemacht.

Donelan: Die Hauptsache besteht in der abwechselnden Anwendung von Hg-Inunctionen und Jodgebrauch während der Dauer von 6 Monaten. Nach 6 Monaten werden während der Dauer von 18 Monaten Hg, Jod, Eisen und Arsen angewendet und während der nächsten 3—4 Jahre eine kurze Cur gebraucht. Bei Patienten, die nur mit Injectionen behandelt worden waren, hat er häufig Rückfälle gesehen. Er hält es für wesentlich, die Luftwege mit Sublimatlösung auszusprayen und macht auf das Werk von Ford Robertson aufmerksam, der auf einen Zusammenhang zwischen gewissen Mikroorganismen der Nasenhöhle und allgemeiner Paralyse hinwies.

Stuart Low führt einige Fälle an, aus denen der wohlthätige Einfluss eines Wechsels in der Behandlungsmethode hervorgehen soll; oft fällt die Besserung

auch mit dem plötzlichen Abbrechen der Hg-Behandlung zusammen. Oft wirken Arsenpräparate, nach Quecksilber gegeben, sehr günstig.

St. Clair Thomson hat die Injectionsbehandlung aufgegeben und die besten Erfolge mit Inunctionscuren erzielt, wenn der Patient im Bett gehalten wird. Auf diese Weise konnte bisweilen die Tracheotomie umgangen werden.

Scanes Spicer hat ein tiefes Geschwür an der hinteren Rachenwand jeder antisyphilitischen Behandlung widerstehen sehen, als eine sehr erhebliche Nasenverstopfung auf operativem Wege beseitigt war, erwies sich dieselbe antisyphilitische Behandlung plötzlich wirksam.

Dan Mc Kenzie hat in Fällen, die anderer Behandlungsweise widerstehen, Calomelinjectionen von Vortheil gefunden.

Lieven hält die Methoden der Serodiagnosis für so zuverlässig, dass der Werth der Behandlungsmethoden danach beurtheilt werden könnte. Was die Spirochaeta pallida anbelangt, so ergiebt nur die Untersuchung des Primäraffects ein zuverlässiges Resultat.

Sitzung vom 5. Februar 1909.

Dundas Grant: 1. Tertiäre Syphilis, völlige Atresie der Choanen verursachend.

Die Loslösung des Velum von der hinteren Rachenwand schloss auch die Entfernung eines Theils des harten Gaumens ein, so dass der Abstand zwischen den auseinander getrennten Parthien vergrössert wurde. Gutes Resultat.

2. Maligne specifische Ulceration bei einem jungen Manne. (Vorgestellt Januar 1906.)

Schmerzhafte Ulceration ein Jahr nach der Infection, die auf Inunctionen und Jodkali nicht reagirte, dagegen innerhalb 6 Wochen auf 11 Calomelinjectionen zurückging. Jodkali wird längere Zeit hindurch gegeben.

Sir Felix Semon sieht darin einen Beweis dafür, dass man nicht auf eine Behandlungsmethode sich ausschliesslich verlassen soll.

Sir Felix Semon: Thyreotomie mit Herstellung einer ausserordentlich guten Stimme.

45jähriger Mann mit Heiserkeit, bei dem, als er das erste Mal gesehen wurde, nur eine Congestion der Stimmbänder constatirt wurde. Später fand Tilley einen kleinen granulationsähnlichen Tumor im vorderen Drittel des rechten Stimmbandes; die Beweglichkeit der Stimmbänder war noch völlig erhalten. Es handelte sich um ein typisches Plattenzellencarcinom und das ganze Stimmband wurde mittels Thyreotomie entfernt. Es wurde durch ein Narbenband ersetzt und die Stimme war ausgezeichnet. Der Hauptpunkt, der dabei in Betracht kommt, war exacte Coaptation der beiden Kehlkopfhälften. Die Nähte dürfen nicht die Innenfläche der Knorpel durchbohren; andernfalls können sich Granulationen bilden, die eine Adduction des übrig bleibenden Stimmbandes verhindern.

Tilley: Mobilität der Stimmbänder schliesst eine maligne Erkrankung nicht aus.

Sir Felix Semon: Haematom des rechten Stimmbandes, ein Fibrom vortäuschend.

Bei einem seit 6 Monaten heiseren Manne fand sich ein halbkugliger rother glatter Tumor von der Grösse einer halben Erbse, der der Oberfläche des congestionirten Stimmbandes aufsass. Innerhalb 2 Monaten veränderte sich der Tumor nicht. Makroskopisch sah er wie ein Fibrom aus, mikroskopisch erwies er sich bestehend aus Blutgerinnseln, die in fibrösem Gewebe eingeschlossen waren. Es fanden sich keine Spuren einer Neubildung. S. macht auf 3 ähnliche in Annal. des mal. de l'oreille (Vol. XXV) beschriebene Fälle aufmerksam.

Wyatt Wingrave glaubt, dass viele gutartige Kehlkopftumoren auf diese Weise entstehen, da sie oft Blutpigment enthalten.

Horsford führt 2 Fälle von Uebergang von Extravasaten in Tumorbildung an.

Sir Felix Semon führt den Fall einer bösartigen papillären, in ein Blutgerinnsel eingeschlossenen Geschwulst an, die ein Angiom vortäuschte, ferner einen Tumor der vorderen Commissur, der sich als Blutgerinnsel erwies.

Sir Felix Semon und Wilfred Trotter: Weitere Geschichte des November 1908 zur Diagnose vorgestellten Falles von Fibrom des Kehlkopfs und äusseren Halses oder maligner Neubildung des Kehlkopfs mit Drüsenmetastasen.

Ein maligner Tumor des Mundbodens war 8 Jahre vorher mit Drüsen entfernt worden. T. eröffnete den Larynx durch Laryngofissur und fand, dass der Tumor extralaryngeal von dem submucösen Gewebe des Sinus piriformis seinen Ursprung nahm. Der Tumor wurde mit Leichtigkeit ausgeschält, die Halsdrüsen einen Monat später entfernt. Ausgezeichnete Heilung; Verschluss der pharyngealen Wunde durch Naht. Das linke Stimmband stand jetzt in Cadaverstellung, entweder in Folge Narbenveränderungen oder Verletzung des Nerven bei der Operation.

Shattock: Der Tumor war eine Metastase in einem versprengten Knötchen im lymphoiden Gewebe, das möglicherweise von dem lymphatischen Gewebe des Sinus Morgagni herstammte. Interessant ist die lange Latenzperiode des Carcinoms, für die S. noch einige Beispiele anführt.

Milligan: Mikroskopische Präparate und Photographien von einem Epitheliom der Uvula.

Bei dem 62jährigen Patienten wurde ein keilförmiges Stück des Velums und der Uvula mittels Galvanokaustik entfernt. Gute Heilung.

Kensaw: Geschwulst der Epiglottis zur Diagnose.

60jährige Frau, bei der oft Haemoptysis auftritt. Auf der Hinterfläche der Epiglottis ein erbsengrosser Tumor vom Aussehen eines Papilloms. Nach der Entfernung Recidiv. Nachträglich wurde die betreffende Portion der Epiglottis entfernt. Die mikroskopische Untersuchung lässt schwanken zwischen beginnendem Sarkom und Varix mit chronischer Entzündung.

Watson Williams: Chronisches Stirnhöhlen- und Siebbein-empyem. Radikaloperation nach der osteoplastischen Methode ohne Entstellung.

32jährige Patientin. Der Supraorbitalschnitt wird in der Mittellinie der Nase nach unten bis zum unteren Rand der Nasenbeine geführt. Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand und Anlegung eines zweiten Hautschnittes längs des unteren inneren Randes der Orbita. Nach Zurückschieben des Ductus lacrymalis und Durchbohrung des Knochens der Thränengrube wurde eine Säge durch das Nasenloch eingeführt und der Processus nasalis des Oberkiefers durchgesägt. Ein zweiter Sägeschnitt trennte den Knochen von diesem Punkt aufwärts subcutan. Das Nasenbein wurde dann mit einer Säge nahe der Mittellinie gespalten und der so geformte osteoplastische Lappen nach aussen geklappt. Das ganze Fronto-ethmoideallabyrinth wurde so dem Auge zugänglich gemacht und ausgeräumt, der Boden der Stirnhöhle gleichfalls entfernt; die Hautschnitte wurden sofort vernäht. Trotz septischer Erscheinungen in Folge Streptokokkeninfection trat ausgezeichnete Heilung mit vorzüglichem kosmetischen Resultat ein.

Chichele Nourse: Fall von Thyreolingualfistel bei einem 7 Jahre alten Knaben.

Kleine Cyste über dem Sternalrand, von der ein fühlbarer Strang nach oben zog.

Wyatt Wingrave: Die Absonderung bestand aus Schleim, in dem fett-körnchenhaltige Epithelzellen enthalten waren. Die eine Thyreolingualfistel zusammensetzenden Gänge waren multipel und verzweigt, daher erklärt sich die Schwierigkeit, die Fistel zu beseitigen.

Chichele Nourse: Neubildung des Septums.

22 jähriges Mädchen; glatter, rother Tumor am knorpeligen Septum und eine weiche granulirende Oberfläche auf der gegenüberliegenden Seite des Septums. Die prominirende Portion des Tumors wurde entfernt.

Wyatt Wingrave: Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose.

Lambert Lack: Multiple Polypen, geheilt durch Curettage des Siebbeins.

Heilung dauert seit vielen Jahren an.

Jobson Horne: Fall von Hemiplegie der Zunge (bereits demonstrirt).

Harold Barwell: Syphilitische Kehlkopfstenose.

24 jähriger Mann, vor 4 Jahren inficirt; tracheotomirt.

Herbert Tilley: 1. Metallene Bleistifthülse mittels unterer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus entfernt.

2. Sicherheitsnadel aus der Speiseröhre eines 6 Wochen alten Kindes entfernt.

Stuart Low: 1. Patient nach Operation eines bösartigen Nasen-rachentumors.

2. Mann mit symmetrischen syphilitischen Veränderungen am Septum.

Dan Mc Kenzie: Modificationen eines postrhinoskopischen Spiegels.

Der Spiegel ist leicht convex und giebt ein verkleinertes Bild eines grossen Raumes.

William Hill: Haldmondförmiges Diaphragma, die vordere Hälfte des Larynxlumens verschliessend.

H. will die Laryngofissur machen und dann die von ihm in der Novembersitzung beschriebenen Dilatatoren einlegen.

Barwell schlägt antisyphilitische Behandlung und dann Anwendung Schrötter'scher Bougies vor.

Dundas Grant: Epitheliom der Uvula und des Velum mittels Paquelinmessers entfernt.

Kein Recidiv nach 4 Monaten.

Fitzgerald Powell: Antrumcyste.

Ausdehnung der inneren und äusseren Wand durch eine Zahncyste. Durchleuchtung: hell.

Lambert Lack: Bronchoskopisch entfernte Fremdkörper.

1. Nadel, seit 7 Tagen mit der Spitze in der linken Trachealwand sitzend; 12 Jahre altes Mädchen.

2. Stück einer Pfeife, seit 10 Tagen in der Trachea eines 8 Jahre alten Knaben sitzend.

Sir Felix Semon: 38jähriger Mann mit vasomotorischen Störungen in der Schleimhaut der Mundhöhle und des Halses.

Nervöser, dyspeptischer Mann, bei dem seit 6 Monaten periodisch hyperämische Flecken und Schwellungen an Lippen, Zunge und Gaumen auftraten. Keine Erscheinungen seitens der Haut.

H. J. Davis: Tumor der rechten Tonsille.

Grosses, wahrscheinlich cystisches Sarkom. Drüsenschwellung.

Jobson Horne: Fall von Kehlkopfschwindel.

69jähriger Mann, der von allen Zeichen einer Erkrankung des Centralnervensystems frei ist und bei dem die Anfälle seit 2—3 Jahren auftreten.

E. B. Waggett.

---

h) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

(Fortsetzung.)

III. Sitzung Dienstag, 31. August, Vormittags.

Präsidenten: Navratil, Gleitsmann (New-York), Dundas Grant (London), Moure (Bordeaux).

Schriftführer: Donogány, Tóvölgyi, Halász.

Referat:

V. Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.

Referent giebt überall seine auf eigenen Erfahrungen gebaute persönliche Auffassung. Es werden daher auch einzelne Krankengeschichten angeführt. In Betreff der Frage Intubation versus Tracheotomie bei Diphtherie wird der souveräne Platz der Tracheotomie eingeräumt. Er bespricht ausführlich seine Behandlungsmethode der Narbenstenosen mit Spaltung der vorderen Wand und offener retrograder Bolzung mit eigenen Instrumenten.

Discussion:

O. Chiari (Wien): Ich möchte über einige Fälle von Laryngotracheostomie berichten, welche ich operirte. Bei ihnen verwandte ich eine neue Art von Bolzen, welche, mit einem flügelartigen Fortsatze versehen, den Namen Flügelbolzen erhielten. Sie wurden nach Angabe meines Assistenten Dr. Marschik angefertigt und werden recht leicht vertragen, passen sich gut an den oberen Rand der Canüle an und sind, weil aus Metall gefertigt, leicht zu desinficiren. Fabrikant Reiner in Wien verfertigte sie. In meinen 3 Fällen erreichte ich nach der Laryngostomie die Formirung des freien Canals und die Beseitigung des Sporns, welcher sich am Uebergange von Larynx zur Trachea an der hinteren Wand so oft bildet, durch die Flügelbolzen recht leicht und schnell innerhalb 5 Wochen bis einige Monate. Die Schliessung des Laryngostomas konnte ich bis jetzt, theilweise aus äusseren Gründen, in keinem Falle durchführen. Bei der Laryngostomie selbst excidirte ich nur wenig von den Narben, weil der Druck der dilatirenden Instrumente allein die Formirung des Canals tadellos bewirkt. Ursprünglich legte ich nach dem Beispiele italienischer Operateure einen mit Jodoformgaze umwickelten Holzstift ein und ging dann aus Gründen der Aseptik zu den Flügelbolzen über. Sie werden gut vertragen und können durch viele Tage liegen bleiben. Schliesslich werden sie sammt Canüle entfernt, bis sich der neu formirte Canal epithelisirt hat; der Patient hat dann ein Laryngo- ev. Laryngotracheostoma von verschiedener Länge, durch welches er ohne Canüle frei athmet. Will er sprechen, so verschliesst er das Laryngostoma mit den Händen. Die Fälle betrafen 2 Intubationsstenosen bei Kindern und 1 Narbenstenose nach Verletzung bei einem Manne.

Thost (Hamburg): Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen.

Mein Thema beschäftigt sich mit Stenosen der oberen Luftwege nach Tracheotomie. Dabei kommen hauptsächlich 2 Formen der Stenose in Betracht, die ich noch besonders hervorheben möchte:

1. Die Verbiegungsstenose. Die „C"-förmigen Trachealknorpel, deren freie Enden durch eine nachgiebige Schleimhautmuskelschicht verbunden sind, werden bei der Tracheotomie auseinander gebogen, um der Canüle Platz zu machen, dadurch müssen sich die hinteren Enden in das Lumen hereindrängen, die Schleimhaut muss sich in Falten legen, so entsteht eine Verengerung an der hinteren Trachealwand. Die durchschnittenen Knorpel vorn an der Schnittwunde biegen sich um; namentlich wenn sie mehrmals angeschnitten sind, so entsteht eine zweite Verengerung an der vorderen Wand.

2. Die diffuse Granulationsstenose. Dieselbe findet sich mehr oder minder ausgeprägt bei allen Fällen, in denen die Canüle länger liegt. Es verwandelt sich in der Umgebung der Canüle die ganze vordere Trachealwand in ein weiches elastisches Granulationsgewebe, das als Granulationscanal die Canüle umgiebt, alle Weichtheile durchwuchert und selbst den Knorpel, der die Weichtheile stützen soll, auflöst. Zur Vermeidung dieser beiden Stenosenformen wäre zu empfehlen, zu der alten Dieffenbach'schen Methode zurückzukehren und gleich bei der Operation einen Theil der Knorpel zu reseciren am besten mit Hartmann's Conchotom und entweder überhaupt keine Canüle zu verwenden, die Trachealwand durch Haken und Bänder auseinander zu halten oder weiche Drains als Canüle zu verwenden, mindestens eine Canüle wie die von Gersuny oder die englische von Durham. Die Canüle müsste kürzer und oval sein, nicht so lang und rund wie die bei uns üblichen; im Allgemeinen möglichst kleine Canülen.

Sind die beiden oben erwähnten Stenosenformen, Verbiegungs- und diffuse Granulationsstenose aber vorhanden, so durchläuft der Process 3 Stadien:

1. Ueppige Granulationsbildung um die Canüle.
2. Umwandlung dieses üppigen Granulationsgewebes in Bindegewebe und straffes Narbengewebe.
3. Erweichung dieses straffen Narbengewebes in weiches Bindegewebe. Dieser Vorgang muss bei der Behandlung geschickt ausgenutzt werden. Die üppige Granulationsbildung bekämpft man mit Aetzmitteln und Galvanocaustik, ferner durch Druck von soliden Metallbougies, die namentlich bei Kindern am besten von der Fistel aus eingeführt werden. So entstand meine mechanische Dilatationsmethode mit soliden schweren Metallbolzen, die von der Fistel aus eingeführt und durch eine besonders construirte Canüle daselbst fixirt werden. (Demonstration der Instrumente.) Diese Bolzen bekämpfen aber nicht nur die Granulationsbildung, sie corrigiren auch die Verbiegungsstenose, da sie ähnlich den vom Munde aus eingeführten Schrötter'schen Zinnbolzen die Form des normalen Larynxcanals haben. Sie haben folgende Vortheile:

1. Sie lassen sich auch bei widerstrebenden Kindern leicht einführen, da jede Canüle einen Obturator hat, der ein schonendes Einführen ohne Verletzen der Wunde gestattet.

2. Sie liegen absolut fest, die Kinder können ambulant behandelt werden, zur Schule gehen, in die Ferien reisen, da kein Faden durch den Mund geht, ohne Schwierigkeit essen und trinken.

3. Sie können wochen-, selbst monatelang liegen bleiben, da nur die darunter liegende Canüle gewechselt und gereinigt wird.

4. Auch bei der Larynxfractur oder Traumen, wo Tracheotomie nöthig wird, können sie zur Reposition der verlagerten Theile mit Vortheil verwendet werden.

5. Sie geben sehr befriedigende Resultate. Ich verwende die Methode seit fast 20 Jahren und habe in dieser Zeit das recht grosse Material von 54 Stenosefällen nach Tracheotomie behandelt. Meine Resultate: Von 54 Fällen (32 unter 10 Jahren, 22 über 10 Jahren, der jüngste Patient 1 Jahr, der älteste 71 Jahre) wurden 41 mit meinen Bolzen behandelt. Daneben auch mit anderen Methoden: Schrötter's Zinnbolzen und Hartgummirohren, Mikulicz'schen Glas- und Gummicanülen, O'Dwyer'schen Tuben, Galvanokaustik. Die besten Resultate ergaben mir aber meine Metallbolzen. Von den 54 Patienten starben 6 an der Grundkrankheit und Complicationen, 3 entzogen sich der Behandlung, 6 sind noch gegenwärtig in Behandlung. So bleiben 39 Patienten, die sämmtlich geheilt sind, 11 durch andere Methoden (6 bevor ich meine Methode ausbildete, 5 weil keine Indication für dieselbe vorlag), 28 Fälle, wo meine Bolzen angewendet wurden, sind sämmtlich dauernd geheilt. Die genauen Krankengeschichten und die Details der Behandlung werden in einem demnächst erscheinenden Buche ausführlich mitgetheilt. —

Strazza (Genua): Ueber die Art der Vernarbung linearer Wunden des Schildknorpels.

Es handelt sich um einen 65jährigen Mann, bei dem wegen Carcinom die Laryngofissur und Abtragung der rechten Stimmlippe gemacht worden war. 3 Monate später musste wegen eines schweren Recidivs die Totalexstirpation gemacht werden. Die histologische Untersuchung der Narbe des Schildknorpels ergab Folgendes:

1. Die Diastase zwischen den beiden Knorpelschnittflächen wird von Granulationsgewebe ausgefüllt, das vor Allem einem Reactionsprocess der benachbarten äusseren Weichtheile zu verdanken ist. Dieses Granulationsgewebe organisirt sich später allmählich und bekommt das Aussehen von fibrillärem Bindegewebe. Hier und da beobachtet man auch Herde von kleinzelliger Infiltration.

2. Die der Schnittlinie angrenzenden Knorpelenden gehen eine deutliche Veränderung ein, und zwar sieht man an dem alten Knorpel eine wirkliche Abnahme, während dagegen von Seiten des Perichondriums eine lebhafte Neubildung von osteoidem Gewebe erfolgt. Dieser Regenerationsvorgang findet in recht ausgesprochenem und ausgedehntem Maasse auch an der Peripherie des Narbengewebes statt, welches den ersten Verschluss der Continuitätstrennung bildet. Das neugebildete osteoide Gewebe vertheilt sich Anfangs in dem Narbengewebe wie ein Balkenwerk; später verstärkt es sich und bildet den festen Verschluss der Wunde.

3. Dieser active Reproductionsprocess ist im Wesentlichen der Activität des äusseren und inneren Perichondriums zu danken.

Baumgarten (Budapest): Ich habe bei totalen Stenosen des Kehlkopfes und oberen Antheiles der Luftröhre in einigen Fällen mit sehr gutem Erfolge folgendes Verfahren angewendet: In dem ersten Falle habe ich die Laryngofissur gemacht, die Narbe excidirt, Seidenfäden vom Munde aus bis zur Canüle heraus durchgeführt und immer mehr Fäden nachgezogen. Es ging schon langsam vorwärts, doch wurden einmal die Fäden beim Brechen mit herausgezogen. Ich liess daher einen Schroetter'schen Zinnbolzen verfertigen, der halb so stark war als die übliche kleinste Nummer 0. Es wurde nochmals die Laryngofissur gemacht, noch mehr Narbengewebe entfernt, der Bolzen, der oben am Seidenfaden fixirt war, eingeführt, in das Lumen des Kehlkopfes eingedrückt und dadurch fixirt, dann der Kehlkopf und die Luftröhre über dem Bolzen vernäht. An den äusseren Knopf des Bolzens wurde eine Seidenschlinge gelegt durch die Canülenöffnung und die Fäden fest an die Platte der Canüle von beiden Seiten aus umwunden, wodurch der Bolzen festgehalten wurde. Nach 10 Tagen wurde er entfernt und es gelang dann, Nummer 0 einzuführen und ebenso zu fixieren. In immer kürzeren Intervallen wurden immer dickere Bolzen eingeführt, bis endlich ein für Kinder bestimmter O'Dwyer'scher Tubus eingeführt werden konnte. Wenn dies möglich ist, ist es auch sicher, dass Patient mit der Zeit von der Canüle befreit werden kann. In den anderen Fällen wurde gleich nach der Laryngofissur dieser Bolzen eingeführt, bei Kindern muss ein noch kleinerer verwendet werden.

Massei (Neapel): Ich hebe besonders die guten Erfolge mit comprimirter Watte hervor gegenüber dem Kautschuk. Erstere wurde durch Prof. Ferreri in Rom empfohlen. Ich möchte nur zwei Indicationen für die Laryngostomie erwähnen, worüber ich grosse persönliche Erfahrungen habe:

1. Bei den narbigen Stenosen, welche nach Croup bei den Canulards und Tubards vorkommen, erkenne ich die grossen Dienste der Laryngostomie an, aber erst nach einer genauen Untersuchung des Zustandes und wenn überhaupt kein Tubus durchzuführen ist.

2. Bei den Papillomen glaube ich dagegen, dass die Laryngostomie ganz unangebracht ist. Die Papillome dauern sehr lange, aber wenn man Geduld hat und die entsprechende Behandlung anwendet, heilen sie endlich. Der natürliche Weg oder die Tracheotomie genügt. Man muss vorsichtig curettiren, Phenolsulphoricine geben, die Fenstertuben anwenden etc. Ich kenne Fälle, wo die Papillome trotz Laryngofissur oder Laryngostomie nicht verschwanden. Man muss geduldig warten, den Patienten beaufsichtigen, aber meiner Meinung nach gänzlich der Laryngostomie entsagen.

Broeckaert (Gand): Ich möchte einige Worte dem beifügen, was Gluck über Probelaryngostomie erwähnt hat im Vergleich mit den Probelaparotomien. Diese Methode kommt bei kleinen Kindern in Anwendung, wo die Ursache der fortschreitenden Stenose schwer oder garnicht zu erkennen ist. Ich operierte drei solche Fälle, alle betrafen kleine Kinder. Im ersten Falle stellte sich nach der breiten Eröffnung des Kehlkopfes und der Trachea heraus, dass die Ursache der

Kehlkopfkrämpfe eine Verengerung durch mediastinale Drüsenanschwellung war. Weil die Ursache nicht im Larynx war, nähte ich die Haut mit der Schleimhaut der Trachea zusammen und schloss den Larynx. Ich machte also eine Tracheostomie; das Kind wurde in 5 Monaten geheilt. In einem anderen Falle entdeckte ich durch Laryngotracheostomie ein Granulom der Trachea. Weil ich die Ursache radical entfernen konnte, schloss ich sofort die Wunde. In einem dritten Falle endlich, welcher gegenwärtig noch in Behandlung ist, fand ich nach Untersuchung des Kehlkopfes und der Trachea, dass es sich um einen suspecten Kehlkopfkatarrh mit Krämpfen handelt. Hier machte ich die Laryngotracheostomie, welche mir die Beobachtung und die nothwendigen Eingriffe gestattet. Wenn ich von meinen persönlichen Fällen spreche, so thue ich es, um 1. die Aufmerksamkeit auf die Probelaryngotracheostomie zu lenken, 2. die Vortheile und bestimmte Indicationen der Tracheostomie hervorzuheben gegenüber der Tracheotomie.

Weil (Wien): Weil erwähnt eine besondere Form von narbiger Trachealstenose, deren Beschwerden im Pubertätsalter auftreten nach in frühester Kindheit ausgeführter Tracheotomie. In der Literatur finden sich nur wenige Fälle, darunter einer von Chiari. Allen gemeinsam ist das Auftreten einer minimalen Struma, welche erst die Beschwerden zu erzeugen scheint. In der Gegend des 3.—4. Trachealringes sah W. bei einem 20jährigen Mädchen zwei sagittale Narbenstränge, die genau einem zweiten Stimmbandpaare in Adductionsstellung glichen; Distanz 1—2 mm. Die Dilatationsbehandlung erschien zu gefährlich, da eine mässige acute Tracheitis schon Suffocationsbeschwerden erzeugt hatte. W. wandte Einreibungen von Jodglycerin gegen die geringfügige Struma und Fibrolysininjectionen an, nach welchen sich der Zustand rasch besserte, so dass die Kranke erklärte, wieder so frei wie immer athmen zu können. Ihr weiteres Schicksal ist unbekannt.

E. Fletcher Ingals (Washington): Zwei oder drei Jahre, nachdem die O'Dwyer'sche Intubation bei Diphtherie eingeführt wurde, kam ein kleiner Knabe in meine Behandlung wegen Laryngealstenose, durch Ueberätzung mit Chromsäure hervorgerufen. Er trug die O'Dwyer'schen Tuben während zwei Jahren, Laryngofissur wurde einmal gemacht oder vielleicht zweimal. In Folge dessen trug er den O'Dwyer'schen oder Tracheotomietubus ununterbrochen mehrere Jahre lang. Ungefähr vor 14 Jahren machte ich eine fortdauernde Anstrengung, den Kehlkopf mit O'Dwyer'schen Tuben zu erweitern. In dieser Zeit trug er die Trachealcanüle. Ich begann mit den grössten Tuben, welche ich einführen konnte. Ihr Umfang wurde nach und nach vergrössert, bis ich nach 9 Monaten ein freies Larynxlumen erhielt; aber als für einige Tage der Tubus entfernt wurde, trat Verengerung ein, so dass ich genöthigt war, jede Forcirung zu unterlassen. Zur nämlichen Zeit kam eine junge Frau in meine Behandlung mit Larynxstenosis, durch hereditäre Syphilis entstanden. Es war eine membranöse Verwachsung beider Stimmbänder vorhanden. Die Membran wurde in der Mitte gespalten und ein grosser O'Dwyer'scher Tubus eingeführt, welchen die Patientin 10 Monate lang trug, nach welcher Zeit die Stenose dauernd verschwand. Patientin blieb mehrere Jahre in meiner Behandlung, aber die Stenose erschien nicht mehr.

Finder (Berlin): Die Anregungen, die uns für die verbesserte Technik der chronischen Larynxstenosen gegeben worden sind, sind gewiss sehr dankenswerth

und werden dazu beitragen, dass wir auf diesem Gebiet bessere und schnellere Resultate erzielen. Im Vordergrunde stehen, was ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit entspricht, die Stenosen nach und in Folge Tracheotomie. Nun giebt es aber eine Gruppe von Stenosen, die meiner Erfahrung nach allen üblichen Dilatationsmethoden trotzen und eine wahre Crux bieten. Ich meine die Fälle von Juxtapposition der Stimmbänder in Folge Anchylose des Cricoarytaenoidalgelenks, z. B. nach Syphilis, wo also die Stimmlippen dicht in der Mittellinie an einander liegen. In diesem Falle handelt es sich nicht darum, ein narbig verengertes Lumen zu dilatiren, sondern eine rationelle Therapie müsste darauf gerichtet sein, das anchylotisch gewordene Gelenk zu mobilisiren. Das geschieht meiner Erfahrung nach weder durch Intubation, noch durch Einführung von Bolzen, noch durch Fibrolysin. Der Vorschlag Citelli's, in solchen Fällen die Stimmbänder zu exstirpiren, scheint mir nicht empfehlenswerth und hat meines Wissens keine Nachahmung gefunden. Ich möchte also die Herren, die auf dem Gebiete grosse Erfahrung besitzen, fragen, wie sie sich solchen Fällen gegenüber verhalten.

Killian (Freiburg i. Br.) empfiehlt zur Dilatationsbehandlung und speciell zur Nachbehandlung der laryngostomirten Kinder die Verwendung von Brünnings-schen Gummischwammstreifen, welche an Fäden zu befestigen sind. Dies Material reizt sehr wenig, und übt doch, richtig angewendet, einen genügenden continuirlichen Druck aus. Die Behandlungsdauer scheint eine wesentlich kürzere zu sein.

Némai (Budapest) berichtet über einen Fall, in welchem zu gleicher Zeit 2 Canülen getragen worden sind. Die Kranke, die wegen Typhusgeschwür vor drei Monaten sehr rasch operirt werden musste, kam mit vollständiger Verschwellung des Larynxinnern in Behandlung. N. hat angenommen, dass diese perichondritische Entzündung durch die Canüle selbst verursacht wird (sie steckte fast unter den Stimmlippen) und liess die tiefe Tracheotomie machen, hielt aber gleichzeitig die obere Fistel durch Einführen einer kurz abgeschnittenen Canüle ebenfalls offen, um von dieser aus die untere Laryngoskopie und Dilatation des Larynx leichter ausführen zu können. Nachdem die ersten entzündlichen Erscheinungen schwanden, bewährte sich die obere Fistel sehr gut zur Behandlung. Es trat Heilung ein.

Moure (Bordeaux): Wir wissen und auch die gegenwärtige Debatte beweist, dass die Laryngotracheostomie eine Operation ist, welche in die laryngologische Praxis eingeführt werden sollte. Aber man muss die Indicationen aufstellen: es giebt eine Reihe von Canulard-Kindern, welche durch den Larynx nicht athmen können, weil die Tracheotomie bei ihnen zu hoch gemacht wurde, in dem Cricoïdknorpel oder selbst im Thyroïdknorpel. Mit Geduld wartend, sieht man mit dem Alter die Durchgängigkeit des Kehlkopfes sich wieder herstellen und es ist dann möglich, das Decanulement auszuführen. Ich halte die Laryngostomie nicht für indicirt beim Kehlkopfkrampf (Spasmus glottidis), ebenso wenig wie bei den diffusen und recidivirenden Papillomen, dessen klinische Entwickelung uns unbekannt ist. Oft genügt die einfache Tracheotomie, ein anderes Mal die Entfernung auf natürlichem Wege und endlich hat die Thyreotomie gute und radicale Erfolge.

Uchermann (Christiania) Schlusswort: Die wesentliche Verschiedenheit zwischen Thost's und meiner Methode, abgesehen von der Form der Instrumente, ist, dass ich in fast allen Fällen die vordere Wand spalte, Thost gewöhnlich nicht. Ich glaube bei meiner Methode nicht allein Zeit zu gewinnen, sondern auch einen sichereren und gefahrloseren Verlauf. Bei Aufhebung der Spannung hebt man auch die Reaction auf und man bekommt kein Fieber oder Reizung der Schleimhaut. Killian hat bemerkt, dass kleine Kinder harte Instrumente nicht vertragen, sie reizen zu stark. Das mag auch richtig sein, aber nur unter der Voraussetzung keiner Spaltung. Spaltet man, so kann man getrost metallische Bolzen brauchen, sie reizen nicht. In Betreff der Behandlung muss ich übrigens bemerken, dass ich Höllenstein oder Galvanocaustik nicht mehr brauche, dagegen, wo nöthig, Trichloressigsäure mit Hülfe des Tracheoskops. In Betreff der Instrumente von Marschik möchte ich bemerken, dass sie mir einen zu grossen Raum einzunehmen scheinen und darum nicht zum Ziel führen können. Es geht wohl alles schön im Anfang, wenn die Oeffnung gross ist, anders dagegen, wenn die Oeffnung sich zu verkleinern anfängt. Das offene obere Ende muss auch leicht Reizung und Bildung von Granulationen bewirken.

Thost (Hamburg): Fibrolysin wird am Besten etwa 20 Stunden vorher eingespritzt und unterstützt die Behandlung narbiger Stenosen sehr. Direct nach der Injection ist die Reaction zu stark. Gummi riecht, wenn er länger liegt, sehr übel und muss häufig gewechselt werden.

Hajek (Wien) und Polyák (Budapest): Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis.

Chiari (Wien): Fibrom des Siebbeins mit pneumatischen dilatirten Hohlräumen wurde von Chiari 1883 in den Wiener medicinischen Jahrbüchern veröffentlicht. Zufälliger Sectionsbefund ohne Krankengeschichte.

IV. Sitzung. Dienstag am 31. August 1909, Nachmittags.

Präsidenten: Onodi, Jurasz (Lemberg), Castex (Paris), Delavan (New York).

Schriftführer: Donogány, Tóvölgyi, Láng.

Maximilian Bresgen (Wiesbaden): Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppelnadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninneren, zum Theil auch als vollwerthiger Ersatz des elektrischen Brenners.

B. verwendet einfache Nadeln mit 4, $3^1/_2$ oder 3 cm langen Platin-Iridiumspitzen, ausserdem einpolige Doppelnadeln von 2 cm Spitzenlänge und einem Abstand der Spitzen von 7 und 5 mm, ferner einpolige Doppelnadeln von $1^1/_2$ cm Spitzenlänge mit einem Spitzenabstand von 5 und 3 mm. Diese einpoligen Doppelnadeln laufen hinten in eine mit dem Kabel oder mit einer Verbindungsbrücke zu verbindende Spitze aus. Sie haben den Vorzug, den elektrischen Strom in einer mehr breiten als langen Fläche wirken, gleichzeitig aber mit Einzelnadeln von grösserer Länge an anderer Stelle, beispielsweise entlang dem freien Rande der unteren Nasenmuschel, die Elektrolyse zur Anwendung gelangen zu lassen. Man

kann also die letztere gleichzeitig durch vier Nadeln wirken lassen, indem man zwei lange Einzelnadeln in den unteren Abschnitt der unteren Nasenmuschel und eine einpolige Doppelnadel in ihren oberen Abschnitt einführt. Man hat dann an diesen vier Nadeln drei Pole, deren einen man unmittelbar mit dem Kabel, die beiden übrigen aber mittels der Verbindungsbrücke mit diesen verbindet.

Eine genügende Zerstörung des Nasenschwellgewebes wird erreicht, wenn man in wenigen Minuten eine Stromstärke von 25 M.-A. erreicht und den Strom zehn Minuten durchlaufen lässt; alsdann wechselt man die Stromrichtung und lässt wieder die gleiche Stromstärke für gleich lange Zeit einwirken. Bei empfindlichen Personen bringt man es nur auf 10—15 M.-A., was dann eine Zeitdauer von 15 Minuten bedingt.

Die Elektrolyse lässt sich bei Erwachsenen wie bei Kindern anwenden. Bei letzteren hat sie den Vorzug der Schmerzlosigkeit. Vor der Galvanokaustik hat sie den Vorzug, dass nach ihrer Anwendung keine Verschwellung eintritt. Die Abheilung dauert bis in die vierte Woche.

Grossmann (Wien): Beitrag zur Lehre vom nasalen Asthma.

Experimentelle Untersuchungen, welche die Aufklärung jener Vorgänge sich zur Aufgabe gemacht haben, die beim nasalen Asthma sich abspielen, haben Folgendes ergeben: Die elektrische oder mechanische Reizung der Nasenschleimhaut führt zu einer erheblichen functionellen Störung des Herzens und dem zu Folge zu einer beträchtlichen Blutstauung im Lungenkreislauf. Die Lunge nimmt in Folge der Blutstauung in ihren Gefässen an Umfang zu. Diese Grössenzunahme der Lunge, das Volumen pulmonum auctum, kommt beim curarisirten Thiere durch Drucksteigerung im intrathorakalen Raum und durch Tiefstand des Zwerchfells zum Ausdruck. Der erwähnte Effekt der Nasenreizung bleibt vollständig aus, wenn man vorher den 2. Ast des N. trigeminus durchschnitten hat. Er bleibt auch aus bei Durchtrennung beider Nn. vagi. Es handelt sich somit um einen Reflexbogen, dessen centripetaler Schenkel vom N. vagus gebildet wird. Die erwähnte Volumszunahme der Lunge wird nicht ausschliesslich durch die Ansammlung einer grösseren Blutmasse bedingt, sondern überdies noch durch den Umstand, dass die Lungencapacität — der Lungenbinnenraum — im geraden Verhältniss zur Blutstauung zunimmt. Die Lunge wird nicht allein in ihrem äusseren Volumen, sondern auch in ihrem intrapulmonalen Raum grösser. Dementsprechend sehen wir den Druck am intrapulmonalen Raum, im Gegensatz zum intrathoracalen Druck bei der Blutstauung im kleinen Kreislauf sinken. Diese Volumenzunahme der Lunge geht mit einer Starrheit derselben Hand in Hand, welche ein beträchtliches Athmungshinderniss bildet. Beim spontan athmenden Thiere tritt ein zweites Athmungshinderniss in Folge der Reizung der Nasenschleimhaut hinzu. Es wird die Inspiration in hohem Grade, fast bis zur vollständigen Inhibirung derselben erschwert.

Némai (Budapest): Die ausserordentlich lehrreichen physiologischen Versuche des Herrn Grossmann lassen sich noch nicht ohne Weiteres auf den Kranken übertragen. Zu bemerken ist, dass in der Praxis oft planlos operirt wird; so sah N. einen Budapester Arzt, der wegen Athembeschwerden wiederholt operirt

wurde, an Paralyse zu Grunde gehen, einen anderen, der Myocarditis hatte. Die Eingriffe in der Nase scheinen da des Oefteren eine Erleichterung zu verursachen. Beim nervösen Asthma werden oft gute Resultate nach Operationen in der Nase erzielt, jedoch sei zu bedenken, dass bei dieser schweren Neurose ebenso wie bei der Epilepsie jedweder chirurgischer Eingriff, der anderweitig nöthig werden kann, einen Stillstand der Anfälle bewirkt. — Cocain kann bei allerlei Athembeschwerden, auch bei Stenocardie, auffällige Erleichterungen machen und wird daher von den Kranken auch gern angewendet.

Réthi (Wien): Bei den von der Nase bei positiver Cocainprobe ausgelösten Erscheinungen kann es sich um einen Reflex oder aber um Stauungserscheinungen handeln. In letzterem Falle wird nun angenommen, dass hierdurch ein vorhandenes Abflusshinderniss beseitigt wird. Diese Schlussfolgerung ist falsch. Durch die Contraction der Bluträume wird die Circulation schwieriger, der Abfluss aus dem Schädelraum erschwert. Wendet man in diesen Fällen, z. B. bei Kopfschmerzen, Adrenalin statt Cocain an, so wird der Kopfschmerz oft sehr wesentlich gesteigert, während andererseits Eucain, durch welches eine stärkere Füllung erzielt wird, den Kopfschmerz beseitigt. Diese günstige Wirkung beruht also auf den anästhesirenden Eigenschaften der Mittel. Das giebt einen Fingerzeig für die Behandlung; es genügen oft ganz kleine Eingriffe, z. B. eine oberflächliche Aetzung, um die nervösen Erscheinungen zu beseitigen. Man wird da die Neurose auch durch eine Muschelabtragung beseitigen; aber man darf diese Operation nicht mit der Motivirung vornehmen, dass man das Abflusshinderniss beseitigen will, sondern um den sensiblen Nasennerven an dieser Stelle auszuschalten.

Goldschmidt (München): Unter den fast 3000 Asthmakranken, die ich in einer 27jährigen Praxis in Reichenhall behandelt habe, befinden sich mindestens 2500 Operirte. Bei allen fast hat die Nasenoperation geholfen, aber bei keinem für lange Zeit. Wenn man mich nach der langen Erfahrung frägt, was ist Asthma, so kann ich nur sagen, es ist die verrückteste Krankheit, die weder anatomisch, noch ätiologisch, noch therapeutisch einheitlich aufgefasst werden kann. Was hilft gegen Asthma? alles und nichts. Der Asthmatiker ist in höchstem Grade suggestibel und ihm nutzt sehr vieles, was neu und eindrucksvoll ist. Die Meinung hat ja gewechselt in Bezug auf den Werth der Operation. Vor 30 Jahren war die Losung: „Asthma, folglich Nasenoperation". Wie mich die heutige Debatte belehrt, ist dieser Glaubensartikel nicht mehr gültig. Ich habe eine Patientin aus Prag, die sofort Asthma bekommt, wenn sie ihre Vaterstadt verlässt, reist sie aber nach Prag zurück, so verliert sie das A. schon beim Anblick der hundertthürmigen Stadt. Ich möchte also sagen: gegen Asthma hilft Alles, also auch die nasalen Operationen.

Grossmann (Wien): Némai hat vollständig Recht, wenn er besorgt, ob auch die Ergebnisse von Versuchen auf klinische Verhältnisse übertragbar sind. Nach dieser Richtung hin kann er aber meine Vorsicht kaum übertreffen. — Ich habe aus meinen eigenen Experimenten nicht mehr abgeleitet, als was in ihnen gelegen ist. Die Mittheilung, dass schon eine Cocainisirung der Nase, ja irgend ein operativer Eingriff genügt, eine kürzer oder länger andauernde Besserung des asthmatischen Zustandes herbeizuführen, sind jetzt nach meinen Versuchen keine

Räthsel mehr, sondern verständliche Folgezustände. — Wir werden sicherlich in der Frage klarer sehen, wenn wir in diagnostischer Beziehung etwas exacter sein werden. Wenn Jemand Tabes hat und in Folge doppelseitiger Recurrenslähmung in Erstickungsgefahr sich befindet, darf er nicht als Asthmatiker aufgefasst werden. Die häufigste Form ist ja das cardiale Asthma und da ist wohl kein Wunder, dass die abenteuerlichsten Mittel Hilfe bringen. Alles, was zur Besserung des Herzzustandes beiträgt, muss auch das Asthma bessern. Und im Zustand der Herzkranken treten ja derlei Schwankungen auch spontan ein, und wenn zufällig ein Mittel vor der Wendung zur Besserung, gleich viel welches, angewendet wurde, dann verfallen wir nur zu leicht dem falschen logischen Schlusse: post hoc ergo propter hoc.

Baumgarten (Budapest): Ueber Frühformen der Ozaena.

Mit den Frühformen kommen die Kinder selten zur Behandlung, deshalb wurden Kinder ohne Auswahl und besonders solche, deren Mütter Ozaena hatten, durch Jahre hindurch untersucht, und wurde fast bei Allen die Ozaena gefunden, indem zuerst eine untere Nasenmuschel contrahirt erscheint, später mit Krusten bedeckt ist, an welchen klebriges Secret haftet, und fast immer die andere äussere Muschel am Anfange stärker gefüllt erscheint, Hypertrophie vortäuschend. Dieses Bild ändert sich nach einigen Tagen oder schon am anderen Tage und ist dann der Befund gerade umgekehrt. Das wechselnde Bild des Schwellungszustandes dauert oft 2—3 Jahre, bis immer häufiger auch die Contraction auf beiden Seiten sichtbar wird, der charakteristische Geruch und die Krustenbildung immer häufiger auftreten, bis endlich die Atrophie bemerkbar wird. Die jüngsten bisher beobahteten Fälle waren 4 Jahre alt, bei denen dieses Spiel der Contraction und Schwellung sichtbar war, denn bei fast allen Kindern war die Ozaena im Beginne scheinbar einseitig und abwechselnd. Bei Neugeborenen wurden in 3 Fällen eigenthümliche Befunde verzeichnet, die gleich vom Beginne an auf Ozaena verdächtig waren und deshalb jährlich 1—2 mal controlirt wurden. Es waren Nasenverstopfungen gefunden worden, die durch pergamentartige, röhrenförmige Abgüsse des Naseninnern verursacht wurden und durch längere Zeit hindurch sich erneuerten. Bei diesen drei Kindern wurden nach Jahren die oben beschriebenen Frühformen der Ozaena beobachtet und später die ausgesprochene Form derselben. Warum nach der Geburt bis zum 4.—5. Jahre keine Erscheinungen auftreten, ist nicht zu erklären, angeborene Fälle sind aber sicher vorhanden. Die Vererbung wurde oft, die Ansteckung nie beobachtet. Zur Erklärung der Ozaena werden mehrere Theorien herangezogen. Bei den Frühformen kann die Therapie noch schöne Resultate aufweisen, das Phenolum sulforicinicum leistet sehr gute Dienste.

Thost (Hamburg) empfiehlt für die Behandlung der Ozaena die Vaporisation, die Behandlung mit heissem Dampf bis zu 120° C. Der Dampf dringt bis in die Nasenhöhlen; Borken und Geruch schwinden, und nicht nur vorübergehend, sondern in einzelnen Fällen dauernd. Nebenwirkungen macht die Vaporisation nicht. Die ersten Erfolge sind veröffentlicht in einem Bericht von Dr. Boyé in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

Broeckaert (Gand): Ich benutze seit mehr als 7 Jahren das Paraffin, und

deshalb erlaube ich mir Ihnen die dauernden Resultate mitzutheilen. Was die nasale Prothese anbelangt, muss man mit den kalten, bei 50° schmelzenden Paraffininjectionen anfangen, welche der Haut einen genügenden Halt geben. In einer anderen Sitzung injicirt man mit Paraffin von 45°, wodurch die Modellirung möglich wird. In anderen Fällen, wo Verwachsungen vorhanden waren, oder in anderen speciellen Fällen benutzte ich Implantation von 75° Paraffin. Bei 300 Prothesefällen, abgesehen von den ersten Fällen, hatte ich keinen einzigen Unfall oder Complicationen. Wie ich schon bewiesen habe, wird das ganze Vaselin in zwei Jahren resorbiert, und wenn man eine Mischung von Paraffin und Vaselin injicirt, bleibt nur das erstere am Platze. In solchen Fällen muss man die Behandlung wiederholen.

Grazzi (Florenz) ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Ozaena eine contagiöse Krankheit ist. Der Rhinologe kann den Kranken und der Gesellschaft durch eine hygienische Behandlung von grossem Nutzen sein. Bei der Behandlung ist es nothwendig, die Epithelbildung auf der Schleimhaut zu begünstigen und gleichzeitig die Höhle mit leichten desinficirenden Lösungen zu reinigen. Am besten eignet sich dazu die Salicylsäure.

Réthi (Wien) lenkt die Aufmerksamkeit bei der Behandlung der Ozaena auf die Elektrolyse. In allen Fällen wird hierdurch dor Foetor günstig beeinflusst; in wenig vorgeschrittenen Fällen wird die Krankheit in einer Sitzung, in sehr veralteten Fällen in 1—2 Sitzungen grösstentheils behoben. Die Schleimhaut wird succulent, die Secretion flüssiger. Man wird natürlich nicht erwarten, dass eine cirrhotische, ganz atrophische Schleimhaut wiederhergestellt wird, darauf kommt es aber gar nicht an, sondern den Kranken handelt es sich hauptsächlich um die Beseitigung des Foetors. Die negative Platinelektrode wird in das Septum, die positive Kupferelektrode in die mittlere Muschel und ein Strom von 5—6 M.-A. etwa 5 Minuten hindurchgeleitet. Die Wirkung auch auf der nicht behandelten Seite und im Rachen spricht für den Einfluss der Nerven bei der Entstehung der Ozaena. Die Methode ist insbesondere zu empfehlen, weil jede anderweitige locale Behandlung fortfällt.

Morelli (Budapest) schliesst sich Thost an. Er braucht schon seit 15 Jahren die in Budapest schwefelreichen Quellen, theils zum Spülen, theils als Zerstäubung zu diesem Zweck, und es sind auf sein Anrathen im hiesigen Kaiserbade auch entsprechende Localitäten neben der Quelle eingerichtet und werden mit bestem Erfolge benutzt.

Donogány (Budapest).

III. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung vom 14. Januar einstimmig folgende Resolution gefasst:

> Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin drückt ihre Freude darüber aus, dass das Internationale Comité zur Vorbereitung des Laryngo-Rhinologencongresses Berlin als Ort für den III. Congress bestimmt hat. Die Gesellschaft wird ihre ganze Kraft dafür einsetzen, den Congress würdig auszugestalten und den Congressmitgliedern den Aufenthalt möglichst angenehm zu machen.

Herr Geheimrath B. Fränkel als Vorsitzender hat den Gesammtvorstand der Berliner Laryngologischen Gesellschaft als Executivcomité für den Congress einberufen. Dieses Comité hat den Unterzeichneten als Schriftführer des Internationalen Comités cooptirt, ausserdem ist ihm als Vertreter der nicht der Laryngologischen Gesellschaft angehörigen Berliner Laryngologen Herr Prof. Benno Baginsky, beigetreten. Das Comité hat sich ferner durch Cooptation einer Anzahl von namhaften Laryngologen aus allen Theilen Deutschlands erweitert, und zwar sind dies bisher die Herren: Blumenfeld (Wiesbaden), Bruns (Tübingen), Freese (Halle), Friedrich (Kiel), Gerber (Königsberg), Hansberg (Dortmund), Hinsberg (Breslau), R. Hofmann (Dresden), Killian (Freiburg), Manasse (Strassburg), Neumayer (München), Seifert (Würzburg), Spiess (Frankfurt a. M.), Thost, (Hamburg), Winckler (Bremen).

Die Berliner Herren werden den Arbeitsausschuss des Comités bilden.

In der ersten Sitzung des Comités wurde unter anderem beschlossen, von einer allgemeinen Ausstellung, wie sie in Berlin aus Anlass des 70. Geburtstages B. Fränkel's und in Wien bei der Türk-Czermak-Feier stattgefunden hatte, diesmal Abstand zu nehmen; dagegen fand der Gedanke allgemeine Zustimmung, die Entwickelung und den heutigen Stand eines oder einiger rhino-laryngologischer Sondergebiete zu illustriren. In Aussicht genommen ist bisher eine Ausstellung die die experimentelle Phonetik in ihren Beziehungen zur Laryngologie veranschaulichen soll.

Alle den Congress betreffenden Anfragen sind an den Schriftführer des Executivcomités, Prof. A. Rosenberg, Berlin NW. 6, Schiffbauerdamm 26, oder an den Unterzeichneten, Berlin W. 62, Nettelbeckstrasse 17, als an den Schriftführer des Internationalen Comités, zu richten.

Finder.

XVII. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Die XVII. Tagung des Vereins findet am 11. und 12. Mai d. J. in Dresden statt. Das definitive Programm wird Mitte April verschickt werden. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind bis spätestens 31. März an den Schriftführer, Dr. Blumenfeld, Wiesbaden, Taunusstrasse 4, zu richten.

Bekanntlich war zum Ort für die diesjährige Tagung ursprünglich Leipzig gewählt worden. Der Vorstand des Vereins sieht sich jedoch jetzt genöthigt zu erklären, „dass die Bildung eines Localcomités für die diesjährige Versammlung des Vereins in Leipzig auf grosse Schwierigkeiten gestossen ist und die letzteren trotz langer Verhandlungen sich unüberwindlich gezeigt haben". Es musste also auf eine Einladung des Dresdener Collegen zurückgegriffen und die Versammlung statt nach Leipzig nach Dresden einberufen werden.

Personalnachrichten.

Hofrath Prof. O. Chiari ist zum Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft gewählt werden.

Die Eastern Medical Society of City of New York hat Prof. A. Kuttner zu ihrem Ehrenmitglied gewählt.

Dr. H. Marx hat sich in Heidelberg für Otologie und Laryngologie habilitirt.

Dr. Luigi Rugani hat an der Universität Turin die Docentur für Oto-Rhino-Laryngologie, Dr. G. Vitalba an der Universität Neapel die Docentur für Laryngologie erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, März. 1910. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **G. Finder** (Berlin). **Laryngologie und Otologie: Zur Frage ihrer Trennung oder Vereinigung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. S. 2124. 1908.*

Objectives Referat über die Meinungsäusserungen von Semon, B. Fränkel, Jurasz, Barth (Leipzig), Passow, Siebenmann und Chiari (Wien). Schlusssatz: „So wogt unter dem Feldgeschrei: „Hie Trennung, hie Vereinigung" der Widerstreit der Meinungen hin und her. Auch dem Aussenstehenden den Eindruck zu vermitteln, dass hier kein Froschmäusekrieg geführt wird, sondern dass es sich um einen ernsten Kampf um bedeutsame, vielleicht sogar vitale Interessen zweier wichtiger medicinischer Disciplinen handelt, ist der Zweck dieser Zeilen."

ZARNIKO.

2) **Otto Günzel** (Bad Soden). **Eine neue Behandlung von Bronchialasthma.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. S. 2021. 1908.*

Die neue Behandlung besteht in der Anwendung des intermittirenden Gleichstromes. Die indifferente Elektrode (Kathode) ruht dabei auf der Brust oder auf dem Arm. Die positive, wirksame Elektrode wird entweder als Doppelelektrode seitlich am Halse angelegt (4 Milliampères, 5—10 Minuten) oder in Gestalt einer gabelförmigen Elektrode ins Naseninnere geführt (2—3 Milliampères, 5—10 Minuten). Durch einen von einem Uhrwerk bewegten Schleifcontact werden 14000 Unterbrechungen in der Minute zu Wege gebracht. Nach den Erfahrungen des Verf.'s bewirkt die angegebene Behandlung Besserung nicht nur des Athmens, sondern auch anderer auf nervösen Reizzuständen beruhender Erkrankungen (Schmerzen bei acuter Laryngitis, Reizhusten, Schmerzen bei Kehlkopftuberculose, Heuschnupfen, Migräne, Angina pectoris, Intercostalneuralgien, neuritische Schmerzen).

Das zur Behandlung erforderliche Instrumentarium liefert für einen mässigen Preis (ca. 100 M.) die Fabrik elektro-medic. Apparate von Leop. Batschis in Naumburg a. S.

ZARNIKO.

3) **G. Treupel** (Frankfurt a. M.). **Die Behandlung des Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 53. S. 2297. 1908.*

„Das Asthma bronchiale ist eine Psychoneurose, die eine psychische und vielseitige specialistische Behandlung verlangt. Die Narcotica (Atropin, Morphium, Chloralhydrat, Räucher- und Inhalationsmittel) sind im acuten Anfall häufig nicht zu entbehren, sollten aber doch stets nur ein Nothbehelf sein. Sowohl im acuten Anfall als auch namentlich zur Bekämpfung der asthmatischen Disposition ist von der psychischen Disciplinirung und einer systematischen Uebungstherapie das Meiste zu erwarten. Athmungsgymnastik, Hydro- und Pneumatotherapie, so wie der lange Aufenthalt in einem geeigneten Klima (See, Hochgebirge) sind die wichtigsten therapeutischen Maassnahmen. Schwitzcuren (Glühlichtbäder) und die oft wirksame Jodtherapie eignen sich besonders zur Behandlung des asthmatischen Katarrhs und der oft hartnäckigeren Bronchiolitis exsudativa. Die Behandlung des Asthma bronchiale, die von vornherein auf die Beseitigung der nervösen, asthmatischen Disposition abzielt, stellt dem Arzte eine dankbare, aber keineswegs leichte Aufgabe. Ihre glückliche Lösung setzt bei ihm ein vielseitiges Wissen und Können, einen festen Willen und Ausdauer voraus.“

ZARNIKO.

4) **W. Meessen** (Brüssel). **Vom Bronchialasthma. (De l'asthme bronchique.)** *Journal Médical de Bruxelles. No. 3. 1909.*

Nosographische Studie über das Bronchialasthma.

PARMENTIER.

5) **Krasnogorski. Ueber bedingungsweisen Reflex bei Kindern. (Ob uslownich reflekeach w detal.)** *Russ. Wratsch. No. 29. 1908.*

Der geniale Thierexperimentator Pawlow hat mit den bedingungsweisen Reflexen ein neues Gebiet zur Erforschung der psychischen Erscheinungen erschlossen. An Thieren haben seine Schüler die Lehre bereits bis zu einer relativen Vollkommenheit ausgebaut. Krasnogorski hat nun angefangen, die Versuche auf Menschen auszudehnen. Es ergab sich, dass Kinder ebenso wie Hunde an gewisse Reflexe sich gewöhnen und prompt auf dieselben antworten. Zur Ermittelung derselben wird an Thieren die Speichelsecretion benutzt. Am Menschen aber das Schlucksecret. Als Erreger werden Töne verschiedener Qualität, leichtes Kratzen etc. benutzt.

P. HELLAT.

6) **Charles Mc. Neil. Eine Studie über Tuberculinreactionen auf Haut und Auge. (A study of the Tuberculin reactions in skin and eye.)** *British Medical Journal. II. p. 1335. 1909.*

Diese sehr interessante Arbeit enthält die 153 in Fällen erhaltenen Resultate: in allen wurde die Pirquet'sche und in 78 die Conjunctivalprobe (Wolff-Eisner — Calmette) gemacht. Es handelte sich darum, den Werth der Hautprobe mit dem der Conjunctivalprobe zu vergleichen. Verf. erzielte die besten Resultate mit einer Modification der Pirquet'schen Probe. Er entfernte an einer kleinen runden Stelle die Epidermis, indem er darauf achtete, dass kein Blut hervorkam; dann wurde das Tuberculin eingerieben. Eine in gleicher Weise vorbereitete Controlfläche wurde mit 50 proc. wässeriger Glycerinlösung gewaschen.

Ein Vergleich dieser Modification mit der ursprünglichen Pirquet'schen Methode fiel zu Gunsten jener aus. Eine grosse Anzahl von positiven Resultaten wurde in sehr vielen Fällen, speciell bei Pleuraergüssen, erzielt. Es schien so, als ob die Hautprobe in vorgeschrittenen Fällen keine verlässlichen Resultate gab. Einen positiven Ausfall des Pirquet sieht Verf. als ein sicheres Zeichen für eine tuberculöse Erkrankung, ob sie klinisch manifest sei oder nicht, an. Der Allgemeinzustand des Patienten ist von Einfluss auf die Reaction, indem diese sich umgekehrt verhält wie der Kräftezustand. Im Vergleich mit dem Calmette scheint die Pirquet'sche Probe feiner zu sein. Sie versagte zwar in einigen Fällen von allgemeiner Tuberculose, wie auch in einigen Fällen des Anfangsstadiums, jedoch auch in dieser Klasse von Fällen waren bisweilen positive Resultate da zu verzeichnen, wo der Calmette im Stich liess, wohingegen dieser niemals positiv war, wo der Pirquet versagt hatte.
JAMES DONELAN.

7) **P. Zenker** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Histologie der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 143. 1909.*

Befunde von 121 histologischen Untersuchungen, die, je nach der Wichtigkeit, nur erwähnt oder mit ausführlichen klinischen und histologischen Details wiedergegeben werden. Einige recht seltene pathologische Processe im Bereich der oberen Luftwege werden besprochen; es handelt sich um folgende Krankheitsprocesse:

1. Tuberculöse Granulationen.
2. Sklerom der oberen Luftwege.
3. Larynxphlegmone.
4. Struma intralaryngeale mit späterem extralaryngealem Abscess. Struma colloides mit Trachealcompression.
5. Colloide Degeneration des Pflasterepithels bei pathologischen Kehlkopfprocessen.
6. Fibromatöse Neubildungen.
7. Adenoma laryngis.
8. Chondroma laryngis.
9. Carcinome } der oberen Luftwege oder ihrer unmittelbaren Umgebung.
10. Sarcome }

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

8) **Lautmann. Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege. (Traitement de la syphilis des voies respiratoires supérieures.)** *Annales de maladies de l'oreille du larynx. Tome XXXV. No. 11.*

Man muss sich vor allzu intensiver Behandlung der Sklerose, wenn sie an auffallenden Stellen sitzt (z. B. an der Lippe), hüten, weil die reactiven Erscheinungen unangenehm werden können. Die Heissluftbehandlung hat in einem Falle von Lippenschanker glänzenden Erfolg gehabt. Ein Mandelschanker könnte die radicale Entfernung der Mandel indiciren. Wenn die secundären Erscheinungen eine auffallende Tendenz zum Recidiv zeigen, ist neben den bekannten Schädlichkeiten (Tabak, Alkohol etc.) auch auf Mundathmung zu fahnden. Sobald der Nasenrachenring mangelhaft ist, stellt die fehlerhafte Mundathmung einen solchen

Reiz für Rachen- und Kehlkopfschleimhaut dar, dass Recidive der Syphilis sich mit Leichtigkeit einstellen. Bei tertiärer Syphilis des Kehlkopfskelettes ist in erster Linie an das Jodkalium zu appelliren. Bei Anwendung desselben ist immer an die Möglichkeit eines Larynxödems infolge von Jodismus zu denken. Die beste Form der Quecksilberverabreichung ist die subcutane Injection von grauem Oel. Die mitgetheilten Zufälle sind alle durch fehlerhafte Technik, namentlich Dosirung der Medicamente, bedingt. AUTOREFERAT.

9) **Vernieuwe. Beim Botulismus beobachtete Schlund- und Kehlkopfsymptome. (Symptomes pharyngés et laryngés observées dans le botulisme.)** *La Belgique Médicale. No. 46. 1909.*

In der Sitzung der Genter medicinischen Gesellschaft vom 5. October 1909 beschäftigte sich der Autor mit dem Botulismus. Er hat einige derartige Fälle behandelt, die sich hauptsächlich durch das Nervensystem betreffende Symptome kennzeichneten. Einige dieser nicht ausgebildeten Fälle bieten dem Kliniker nur allein Symptome von Gaumensegel- und Accommodationslähmungen dar und geben so zu Verwechselungen mit postdiphtheritischen Lähmungen Veranlassung. Er hebt die Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose hervor und beschreibt die verschiedenen Läsionen, welche man von Seiten des Halses bei Fällen von Botulismus und anderen Nahrungsmittelvergiftungen beobachten kann. BAYER.

10) **Umbert** (Barcelona). **Pharyngo-laryngeale Sporotrichose. (Esperetricosis faringo-laringea.)** *Revista barcelonesa de laringologia. 30. September 1909.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Sporotrichose und Tuberculose und Syphilis. Er bezeichnet folgendes als Merkmale:

Die Sporotrichose ist eine polymorphe Affection; man sieht gleichzeitig Ulcerationen, Plaques, Gummata etc. Ihre Entwickelung ist eine sehr rapide. Die Ulcerationen gehen ohne grosse Gewebsverluste vor sich; der Geschwürsgrund ist papillomatös. TAPIA.

11) **D. A. Thomson. Ein Fall von juvenilem Myxödem. (A case of juvenile myxoedema.)** *Lancet. II. p. 926. 1909.*

18jähriges Mädchen mit dem Aussehen und dem Entwickelungszustand eines 7 jährigen Kindes. Behandlung mit Jodothyrin gab gute Resultate, nachdem getrocknete Schilddrüsensubstanz ohne Erfolg geblieben war. WATSON WILLIAMS.

12) **Kanasugi** (Tokio, Wien). **Laryngo-rhinologische Aphorismen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 4 u. 5. 1909.*

Ein Fall, in welchem sich die Stimmbänder und Aryknorpel im Momente der Inspiration in entgegengesetzter Richtung bewegen (durch eine luetische Narbe werden die Aryknorpel in ihrer oberen Hälfte festgehalten und durch die verdünnte Inspirationsluft angesaugt).

Ferner berichtet Kanasugi über die günstigen therapeutischen Erfahrungen bei Nasenreflexen mittelst galvanokaustischer Aetzung der mittleren Muschel nach Angabe seines Lehrers Prof. Grossmann, ferner über dessen therapeutische Versuche mit Röntgenstrahlen bei laryngo-rhino-

logischen Erkrankungen (Carcinom der Nase, des Kehlkopfes, Lupus, Ozaena). Mittheilung günstiger Erfolge.

HANSZEL.

13) **A. Onodi** (Budapest). **Rhino-laryngologische Mittheilungen.** *Mit 5 Figuren. Monatsschr: f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 11. 1909.*

1. Die Kieferhöhle ausfüllende Alveolarcysten.
2. Durch Mediastinaltumor verursachte Kehlkopf- und Augenstörungen.
3. Die Anästhesie des Kehlkopfeinganges bei Recurrenslähmungen.
4. Eröffnung der Stirnhöhle, Neurectomie des Nervus supraorbitalis.
5. Angioma uvulae.
6. Mucocele der mittleren Muschel.
7. Durch Stirnhöhlenentzündung bedingte Sehstörungen.
8. Acute Stirnhöhlenentzündung mit meningealen Symptomen.
9. Intermittirende Geruchsstörungen.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **O. van der Stricht. Das Riechnervenepithelium und seine inneren Grenzmembran. (Le neuroépithélium olfactif et sa membrane limitante interne.)** *Bulletin de l'Académie de Méd. de Belgique. No. 2 u. 3. 1909.*

1. Beim Beginn der Histogenese ist das Riechepithelium durch indifferente Elemente vertreten, deren oberflächliche Schichten ein Mosaik darstellen, gebildet aus kleinen polygonalen Feldern, die ein Diplosom einschliessen; abschliessende (Occlusions)-Bändchen scheiden diese Felder von einander ab und repräsentiren den Grundriss der abgrenzenden Riechmembran.

2. Im zweiten Stadium der Histogenese differenziren sich die Zellen in Gerüstelemente, deren oberflächliche Schichten voluminöse polygonale Diplosomfelder (die Stützfelder) erzeugen, und in Olfactivzellen, deren oberste Schichten sehr kleine abgerundete Felder (Olfactivfelder) bilden. Die centralen Körperchen letzterer Felder vervielfältigen sich innerhalb eines hervorspringenden Bläschens und erzeugen ein Proximalkörperchen, das an der Basis des Bläschens gelegen ist und ein Distalkörperchen nach dem Centrum hin gelegen, alle anderen wandern nach der Peripherie hin, um die Olfactivcilien entstehen zu lassen.

3. Gegen die Geburt zu erzeugen die Occlusionsbändchen, welche die Gerüstfelder umgeben, einen netzförmigen Schleier an der Oberfläche letzterer mit Erhaltung der Riechfelder und einiger Gerüstfelder, die Elementen zugehören, die nicht in Beziehung stehen zu den sensoriellen Zellen. Die definitive Membran ist gebildet aus dem System der Occlusionsbändchen und dem reticulären Schleier, durchkreuzt von den Olfactivbläschen mit Cilien.

4. Die oberflächlichen Verlängerungen der sensoriellen Elemente können enge Beziehungen eingehen mit der Mehrzahl der Stützzellen. Bei der weissen Maus enden dieselben oberflächlich nicht zwischen den Stützfeldern, sondern in ihrem Innern.

5. Beim Erwachsenen besteht an der Oberfläche der Netzmembran eine platte Schicht, eine Art von Häutchen, herrührend von einem Secretionsprocess der

Stützzellen. Diese Schicht bildet ein Schutzstüzorgan um die ciliirten Olfactivbläschen herum.

BAYER.

15) **G. Anhalt. Ueber traumatische Riechlähmungen.** *Dissert. Leipzig 1908.*

In den Jahren 1900—1905 wurden im Hermannshaus in Stötteritz, das Unfallverletzte mit nervösen Symptomen zum Zwecke der Begutachtung aufnimmt, Geruchsprüfungen bei 1525 Unfallnervenkranken vorgenommen.

Von den 1525 Unfallverletzten hatten 738, also annähernd 50 pCt., Kopftraumata erlitten, von den leichtesten Contusionen bis zu schwersten Fracturen der Basis. Die Kopftraumata schweren Grades waren in der Ueberzahl (111 Schädelbrüche und 397 Gehirnerschütterungen).

Unter den 1525 obenerwähnten Unfallverletzten waren nur bei 265, also in 17 pCt. aller Fälle, Störungen der Geruchswahrnehmung nachweisbar. Dabei muss bemerkt werden, dass die Geruchsprüfung ohne besonderen Apparat vorgenommen wurde, so dass nur die gröberen Störungen Berücksichtigung fanden. 63 mal handelte es sich um eine totale und 202 mal um eine partielle Anosmie.

Die Beantwortung der Fragen, ob eine traumatische oder nicht traumatische Anosmie vorliegt oder ob eine nachgewiesene traumatische Anosmie organisch oder functionell bedingt ist, war in einem Theil der Fälle schwer oder unmöglich zu lösen.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Diagnose der Riechstörungen ist auch heute noch mit grossen, in manchen Fällen unüberwindbaren Schwierigkeiten verknüpft. Das Trauma im Allgemeinen, besonders aber die Kopfverletzung, führt sehr häufig zu einer Schädigung des Riechvermögens. Die traumatische Hysterie spielt in der Aetiologie der Riechlähmungen eine hochwichtige Rolle.

OPPIKOFER.

16) **S. Lewis Ziegler. Reflexneurosen, die von Abnormitäten in Auge und Nase ausgehen. (Reflex neuroses arising from ocular and nasal abnormities.)** *N. Y. Medical Journal. 7. November 1908.*

Folgende Punkte sind bei der Feststellung des Ausgangs von Reflexneurosen zu beachten:

1. Auge und Nase verdienen als häufigste Ursachen von Neflexneurosen sorgfältige Untersuchung, bevor man naeh anderweitigen Ursachen forscht.
2. Da oculare und nasale Reflexneurosen viel Gemeinsames haben, so sollte so früh wie möglich sorgfältig differenzirt werden.
3. Ametropie, Accommodationsschwäche etc. müssen corrigirt werden, um das Auge als causalen Factor auszuschliessen.
4. Ein atrophirter Augapfel mit contrahirender Ciliarnarbe soll enucleirt werden.
5. Druckcontact in der Nase löst, wenn es sich um eine hyperästhetische Zone handelt, Reflexe aus und muss daher beseitigt werden.
6. Jedes Athemhinderniss in der Nase muss beseitigt werden.

LEFFERTS.

17) J. A. Stucky. **Einige Reflexneurosen, die von Abnormitäten in der Nase ausgehen. (Some reflex neuroses arising from nasal abnormities.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909.*

Den von Ziegler angeführten Punkten (cfr. vorgehendes Referat) fügt Verf. noch folgende hinzu: Gichtische Zustände, abnorme Stoffwechselvorgänge im Darm müssen bei jener Reflexneurose sorgfältig beachtet und corrigirt werden.

LEFFERTS.

18) Gereda (Madrid). **Die nasalen Reflexe. (Los reflejos nasales.)** *Revista ibero-americana de ciences medicas. März 1909.*

Bericht über 2 Fälle, Hysterische betreffend, bei denen eine Aphonie nach Fortnahme des hinteren Endes der unteren Muschel verschwand. TAPIA.

19) M. Grossmann (Wien). **Experimentelle Beiträge zur Lehre vom nasalen Asthma.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3, 4 u. 5. 1910.*

Nach dem auf dem 16. internationalen medicinischen Congress in Budapest gehaltenen Vortrage. Erklärung der klinischen Erscheinungen des nasalen Asthmas auf Grund experimenteller Untersuchungen an Hunden, von der Thatsache ausgehend, dass die centripetale Reizung des N. trigeminus und des N. laryngeus sup. im Gegensatz zu allen anderen peripheren sensiblen Nerven den Nutzeffect der Herzarbeit herabsetzt. Die Folgezustände der experimentellen Reizung der Nasenschleimhaut haben mit den klinischen Symptomen des nasalen Asthmas eine frappante Aehnlichkeit, so vor allem das Volumen pulmonum auctum, Tiefstand des Zwerchfells, begleitet von hochgradigen Athembeschwerden. Ueber den Gang und die Details der interessanten Untersuchungen ist die Monographie selbst nachzulesen. HANSZEL.

20) Guiard (Lyon). **Niesanfälle durch Haare von Platanenblättern hervorgerufen. (Crises d'éternuement provoquées par des poils de platane.)** *Société médicale de Lyon. 11. Mai 1909.*

Verf. untersuchte im Verlauf eines heftigen Niesanfalls mikroskopisch seinen Nasenschleim. Er fand darin eine Menge sehr kleiner, spitzer Nadeln, die sich als Härchen herausstellten, die die Oberfläche der Platanenblätter bedecken.

GONTIER de la ROCHE.

21) F. P. J. Doeleman (Rotterdam). **Niesen. (Niezen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 6. 1909.*

Ein Mann mit einem Infiltrat im rechten Oberlappen und hartnäckigem Husten war früher vielfach mit Niesen geplagt gewesen. Als die Tuberculose und der Husten aufgetreten, hatte das Niesen plötzlich aufgehört. Nach einem Jahre war Patient hergestellt. Mit dem Nachlassen des Hustens trat das Niesen bis zu der alten Heftigkeit und Frequenz wieder auf. H. BURGER.

22) Hans Liebermann. **Ueber Helgoland und Heufieber.** *Mit 1 Tab. Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Der Helgoländer Aufenthalt bietet nach L. den Heufieberkranken nicht die günstigen Existenzbedingungen, wie man auf Grund der Veröffentlichungen des

Heufieberbundes von Helgoland anzunehmen geneigt wäre. Auf Grund **eigener** Erfahrungen im Sommer 1908 war von den 50—60 anwesenden Heufieberpatienten nur ein einziger auf Helgoland anfallsfrei. Zunächst werden auf Helgoland selbst durch die dortige Gras- und Strandhaferblüte Anfälle ausgelöst, des ferneren bringt der — auf Grund der Tabelle — an durchschnittlich jedem zweiten Tage auftretende Landwind viel Blüthenstaub vom Lande mit herüber. Auf Grund dieser Thatsachen stünden die von Helgoland gegen die Erkrankung gebotenen Erleichterungen nicht in entsprechendem Verhältniss zu der bisweilen recht kostspieligen weiten Reise und dem theuren Aufenthalt. Wer in der Lage sei, nach Helgoland zu reisen, könne sich seine Existenzbedingungen zu Hause derartig einrichten, dass er sich hier ebenso „anfallsfrei" erhalte, wie auf Helgoland.

HECHT.

23) **A. Wolff-Eisner** (Berlin). **Ueber die Bedeutung Helgolands für die Behandlung des Heufiebers (Pollenkrankheit).** *Münch. med. Wochenschr. No 28. 1909.*

Theilweise Zurückweisung der Liebermann'schen Behauptungen (Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909). Autor hat bereits im Jahre 1906 auf die Möglickeit des Vorkommens von Heufieberanfällen auf Helgoland und deren Ursache hingewiesen; aber gerade **die** Patienten, die auch in Helgoland erkranken, können unmöglich in ihrer Heimath vor Anfällen bewahrt werden, und befinden sich selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen auf Helgoland noch viel besser, wie je zur gleichen Zeit zu Hause. Der Erfolg jeglicher Therapie hängt bekanntlich von dem Grade der Pollenempfindlichkeit ab, der auch für die Auswahl des Aufenthaltsortes maassgebend ist. Nur die schwersten Fälle werden gewöhnlich nach Helgoland übergeführt, nachdem sich das Ideal der Klimatotherapie, ein Schiff mit Heufieberkranken weit in die hohe See hinauszuschicken, bisher nicht durchführen liess. Für leichter Erkrankte kommen noch andere Orte in Betracht, so die von R. **Bärwald** bekannt gegebenen Orte im Engadin, ausserdem die entsprechende locale Therapie. Autor hat bei leichten und mittelschweren Fällen mit seinen verbesserten Pollenschutzapparaten combinirt mit Serumanwendung sehr befriedigende Resultate erzielt.

HECHT.

24) **Otto Schultz** (Hannover, Vorsitzender des Heufieberbundes von Helgoland e. V.). **Ueber Helgoland und Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1909.*

Schultz weist die Angriffe **Liebermann's** auf die Bedeutung Helgolands als refugium Heufieberkranker zurück und sucht L.'s Irrthümer zu berichtigen. Heufieberkranke müssten in möglichster Nähe des Strandes wohnen, „je näher der Landungsbrücke, desto besser", und nicht, wie seiner Zeit L., davon entfernt an einem ganz zurückgelegenen, blumenreichen Felsabhang, dem sogen. Helgoländer Nizza. Die Vorzüge Helgolands seien durch die Fragebogen-Beantwortungen des Bundes einwandsfrei festgelegt. Er erinnert des Ferneren daran, dass gerade für Heufieberkranke der Sommer 1908 besonders ungünstig gewesen sei (geringere Pollantinerfolge) und dass trotzdem in Helgoland eine Reihe Heufieberkranker Declamations- und Gesangsvorträge hielten, die ein 2 Wochen langes Proben benöthigten. Auch die Windtabellen des Herrn L. seien in der angegebenen Form unrichtig.

HECHT.

25) **William Scheppegrell. Die Immunisirungsbehandlung des Heufiebers. (The immunizing treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909.*

Verf. weist darauf hin, dass die gerühmte Serumbehandlung in der Praxis im Stich gelassen hat. Er meint, dass die erregende Ursache der Krankheit nicht die Goldruthe (golden rod), sondern die Ambrosia artemisifolia (reg weed) sei; jedoch sei diese Pflanze nicht für alle Fälle verantwortlich. Ungefähr 15 pCt. der Fälle seien schon dadurch zu heilen, dass die oberen Luftwege in einen anatomisch normalen Zustand gebracht werden. Die Pollen der Ambrosia enthalten einen scharfen aromatischen Bestandtheil, der irritirend auf die Schleimhaut der Nase wirkt. Verf. lässt die Pollen der mit Staubgefässen versehenen Blumen inhaliren; diese Inhalationen haben schwache typische Symptome im Gefolge. Die geeignete Zeit für diese Inhalationen ist unmittelbar vor dem Zeitpunkt, wo gewöhnlich die Anfälle bei dem Patienten auftreten. Allmählich machen die Inhalationen weniger und weniger Reaction und der Patient wird für die Zeit immun; jedoch muss die Behandlung jedes Jahr während der Heufiebersaison fortgesetzt werden. Patient kann sich dabei im Freien aufhalten. Verf. macht die Behandlung so, dass er ein paar Theelöffel voll staubgefässhaltiger Pflanzen in ein Gazebeutelchen einwickelt und sie dann vor der Nase zerreiben lässt; am wirksamsten sind zwei Jahre alte Pflanzen. Sie müssen vor dem ersten Frost gepflückt werden.

LEFFERTS.

26) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose. (Hoofdpijn als menigvaldig gevolg van neuslijden en hare diagnose.)** *Med. Weekblad. 27. März 1909.*

An der Hand von Veekenstedt's „Würzburger Abhandlung" giebt M. einen klaren Ueberblick über das ganze Thema.

H. BURGER.

27) **George A. Laland. Tic douloureux. Intranasale Behandlung. Heilung. (Tic douloureux. Intranasal treatment. Recovery.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 19. November 1908.*

Es handelte sich um eine 75jährige Frau. Seit 10 Jahren bestanden sehr heftige Schmerzen an der linken Seite der Oberlippe. Operative Behandlung der Highmorshöhle, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle führte zur Beseitigung der Schmerzen.

EMIL MAYER.

28) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur nasalen Epilepsie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, bei dem durch einen zwecks Beseitigung von Nasenpolypen vorgenommenen operativen endonasalen Eingriff ein typischer epileptischer Anfall ausgelöst wurde. Der Patient litt in seiner Jugend an Krämpfen. Verf. räth, bei jedem endonasalen Leiden den Patienten in Bezug auf sein nervöses Verhalten zu examiniren und im Falle einer positiven Anamnese, falls die Beschwerden nicht erheblicher Natur sind, von einem operativen Vorgehen abzusehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Arnold Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Ueber Magenstörungen bei Masturbanten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1908.*

Siegmund erörtert den Zusammenhang von Magenstörungen (Magenschmerzen und -Krämpfe mit oder ohne Uebersäuerung) und Onanie und weist darauf hin, dass diese Beschwerden jeglicher Behandlung trotzen, mit Aufhören der Masturbution aber meist vollkommen verschwinden. Bei einigen Fällen bleiben aber die Beschwerden auch nach Aussetzen der Masturbation noch bestehen; hier ist — unter Hinweis auf die Flies'schen Theorien und die Genitalpunke der Nase — durch locale Behandlung der „Magenschmerzstelle der Nase" (vorderes Ende der linken, mittleren Muschel) eine vollkommene Dauerheilung zu erzielen. „Auch der Darm wird durch Onanie geschädigt." „Eine so entstandene Obstipation ist durch Behandlung der neuralgisch veränderten unteren Muschel der Nase oder der Tubercula septi heilbar." Auch die bei Onanisten — unter sonst normalen Verhältnissen der oberen Luftwege — des Oefteren vorhandenen Erscheinungen der Aprosexie lassen sich durch entsprechende Behandlung der Nase beseitigen — unter gleichzeitiger Ausschaltung der Onanie.

HECHT.

30) **P. Bonnier** (Paris). **Die Enteritis und die Nasenschleimhaut. (L'enterite et la muqueuse nasale.)** *Arch. générales de Médecine. Mai 1908.*

Verf. stellt fest, dass Ueberreizung der die Nasenschleimhaut innervirenden Trigeminusfasern im Stande ist, schwere Functionsstörungen im Darm hervorzurufen dadurch, dass die Thätigkeit der bulbären Hemmungscentren gestört wird. Er theilt eine Reihe hierher gehöriger Beobachtungen mit. Indem er mit dem Brenner über den oberen Rand der unteren Muschel in seiner ganzen Länge hinfuhr, war er im Stande, hartnäckige Enteritiden zur Heilung zu bringen. Die Resultate sind fast unmittelbare und zeigen sich bereits am folgenden Morgen. Von 27 Fällen von Enteritis mit Obstipation wurden 14, von 11 Fällen von Enteritis mucomembranacea wurden 9 auf diese Weise gebessert. Es handelt sich zweifellos nicht um Enteritiden im wörtlichen Sinn, sondern um Störungen der nervösen Thätigkeit.

GONTIER de la ROCHE.

31) **M. Opificius. Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Häufigkeit von Recidiven nach Behandlung der Nasenaffectionen.** *Dissert. Freiburg 1908.*

Auf Veranlassung der Augenklinik Freiburg wurde bei 137 Kindern mit skrophulösen Augenleiden in der Hals- und Nasenklinik eine rhinoskopische Untersuchung vorgenommen: Bei 135 Patienten, also bei 98,5 pCt. aller Fälle, konnte gleichzeitiges Nasenleiden constatirt werden.

Von den 135 Patienten unterzogen sich 75 einem operativen Eingriff zur Beseitigung der Nasenaffection (52mal Gottstein, 17mal Scheere, 2mal submucöse Septumresection, 4mal Tonsillotomie).

Nach der Nasenoperation wurde das Auge behandelt und eine auf die Besserung des Allgemeinbefindens zielende Therapie eingeleitet.

Der Erfolg der Nasenbehandlung offenbarte sich nun dadurch, dass die locale Behandlung des Augenleidens fast durchwegs prompter wirkte, Recidive des

Augenleidens seltener und dementsprechend die Dauerresultate viel bessere waren. Zahlenangaben sind der Arbeit beigefügt. OPPIKOFER.

32) **Ziem. Lähmung des Nervus oculomotorius und Nasenleiden. (Parésie du nerf moteur oculaire commun et maladies nasales.)** *Archives internation. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Aus Anlass eines Falles von recidivirender Oculomotoriuslähmung, die Ziem dadurch zur Heilung brachte, dass er seinen Patienten veranlasste, viel in freier Luft zu leben und eine feuchte Wohnung aufzugeben, wiederholt der Danziger Specialist seine bekannten Ansichten über den Zusammenhang von Nasen- und Augenleiden, die, es muss zugegeben werden, noch nicht Gemeingut aller Ophthalmologen sind. Ziem's Wunsch nach rhinologischer Ausbildung der Ophthalmologen ist bekannt und noch nicht realisirt. Bekannt sind auch Ziem's Antipathien gegen die grossen Operationen an den Nasenhöhlen, es ist nur fraglich, ob man, wie er es wünscht, mit „Diet, Quiet und Merryman und frischer Luft" auch in den leichtesten Fällen von chronischer eitriger Sinusitis auskommt, von den schweren gar nicht zu sprechen. LAUTMANN.

33) **Adam** (Berlin). **Die eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges.** *Med. Klinik. 46. 1909.*

Sammelreferat. SEIFERT.

34) **Schleifstein. Ueber den Zusammenhang von Kopfschmerzen und Augenleiden bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Bóle glowy a oko w cierpieniach nosa i jego zatok.)** *Medycyna. No. 43. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall plötzlichen Todes im Laufe der Untersuchung bei einem Manne, der seit langer Zeit an starken Kopfschmerzen litt und bei dem Verf. eine Eiterung der Sphenoidalhöhle und der Lamina cribrosa constatirte. Die heftigen Kopfschmerzen, die für syphilitische oder nervöse Erscheinungen angesehen wurden, wurden entsprechend aber erfolglos behandelt. Von diesem unangenehmen Ereignisse ausgehend, macht Verf. auf den hohen Werth der Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen bei Augenleiden und heftigen, andauernden Kopfschmerzen aufmerksam. A. v. SOKOLOWSKI.

35) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörung infolge von Nasenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1909.*

B. hat wegen einer seit 5 Wochen bestehenden Sehstörung die linke Keilbeinhöhle eröffnet; es hat sich weder Eiter noch irgend ein Secret entleert. Pat. hat aber eine sofortige geringe Besserung des Sehvermögens bemerkt. Nachher wurde die mittlere Muschel entfernt. Das Sehvermögen bessert sich von Tag zu Tag. v. NAVRATIL-POLYAK.

36) **F. R. Toepolt. Zur Kenntniss der von den Nebenhöhlen ausgehenden Orbitalentzündung.** *Dissert. Jena 1908.*

Mittheilung von 5 Fällen, die in der Universitätsaugenklinik zu Jena beobachtet wurden. Die Orbitalentzündung ging 4mal vom eiternden Siebbein und

1 mal von der eiternden Stirnhöhle aus. In allen 5 Fällen Heilung nach operativer Behandlung der eiternden Nebenhöhlen.

OPPIKOFER.

37) **Arnold Knapp. Die Augencomplicationen bei Nasenhöhlenerkrankungen. (The ocular complications of nasal sinus disease.)** *American Journal Medical Sciences. Juli 1909.*

Verf. bespricht das Oedem und die Abscesse der Orbita, die Erkrankungen des N. opticus, Augenmuskellähmungen, gewisse functionelle Störungen des Auges. Er warnt davor, zu oft Augenaffectionen auf Rechnung von Nebenhöhlenerkrankungen zu setzen.

A. LOGAN TURNER.

38) **E. Oppikofer** (Basel). **Mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut von 166 chronisch eiternden Nebenhöhlen der Nase nebst Beitrag zur Genese der Plattenepithelcarcinome der Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. hat die Schleimhaut in 165 chronisch eiternden Nebenhöhlen schematisch untersucht. Das Material wurde meist im Anschluss an die Operation und nur in einzelnen Fällen durch Nasensectionen gewonnen.

Möglichst grosse Stücke, manchmal die ganze Schleimhautauskleidung der Nebenhöhle wurden mikroskopisch untersucht und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. 118 Kieferhöhlen, 32 Stirnhöhlen, 12 Siebbeinzellen, 3 Keilbeilhöhlen gelangten zur Untersuchung. Bei allen Höhlen findet sich ungefähr gleich häufig Plattenepithel, und zwar:

unter	118 Kieferhöhlen	in 48,	also	bei	41	pCt. aller Fälle,
„	32 Stirnhöhlen	„ 10,	„	„	31	„ „ „
„	12 Siebbeinhöhlen	„ 4,	„	„	33	„ „ „
„	3 Keilbeinhöhlen	in keinem Falle.				

Der Befund von Plattenepithel bei chronischer Nebenhöhleneiterung bedeutet somit durchaus nichts Aussergewöhnliches. Doch nimmt fast ausnahmslos diese Epithelart nur sehr kurze Strecken ein. Nur in 3 Fällen war das Plattenepithel auf grösseren Strecken vorhanden als das Cylinderepithel.

Plattenepithel lässt immer auf chronischen Charakter der Eiterung schliessen, bei 70 mehr acuten Kieferhöhlenentzündungen konnte in keinem Falle Plattenepithel nachgewiesen werden.

Von ausserordentlicher Mannigfaltigkeit ist Bindegewebe und kleinzellige Infiltration, auch in ein und derselben Nebenhöhlenschleimhaut. Die Gefässe sind vermehrt und erweitert. Pigment im Bindegewebe findet sich in der Mehrzahl der Präparate. Die Drüsenvertheilung ist unregelmässig. Der Knochen erscheint vielfach wie arrodirt; an anderen Stellen macht sich Neubildung von Knochengewebe bemerkbar.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

39) **Max Scheier** (Berlin). **Die Diagnostik der Empyeme der nasalen Nebenhöhlen und das Röntgenverfahren.** *Fraenkel' Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. hält die Röntgenstrahlen für ein werthvolles Hülfsmittel in der Diagnostik der nasalen Nebenhöhlenempyeme. Insbesondere lässt sich die Grösse der

Höhlen, speciell der Stirnhöhlen durch Profil- und Sagittalaufnahme mit X-Strahlen feststellen, was bei der elektrischen Durchleuchtung nicht möglich ist. Ueberhaupt räth Verf. Aufnahmen im sagittalen und profilen Durchmesser an, um eventuell localisirte Verdickungen, die infolge Schattenbildung bei sagittaler Durchstrahlung als Grenze einer Nebenhöhle (Stirnhöhle) angesprochen werden könnten, als solche diagnosticiren zu können.

Verf. stellt seit Kurzem mittels des Grissonator ausgezeichnete Skiagramme des Kopfes in 1—2 Secunden her; Vorsicht wegen eventuellen Haarausfalles ist anzuwenden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

40) **R. H. Manwaring** (Northwich). **Sinusitis als Begleiterscheinung von Influenza. (Sinusitis occurring as a concomitant complication of influenza.)** *Lancet. 6. November 1909.*

Der Artikel enthält nichts Neues; die Schlussfolgerungen zeigen, dass sie auf einer geringen Erfahrung sich aufbauen.

WATSON WILLIAMS.

41) **H. Hempel** (Berlin). **Jodkalitherapie bei Eiterung der Nasennebenhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. S. 1768. 1908.*

Nicht nur bei acuten, sondern auch bei manchen chronischen Nebenhöhleneiterungen wirkt nach den in Rosenberg's Privatpraxis und Poliklinik gesammelten Erfahrungen die Darreichung von Jodkali (10,0 : 200,0, 3mal 1 Theelöffel täglich) vortrefflich. Das Mittel verflüssigt das Secret, ohne Verschwellung herbeizuführen und befördert dadurch die Heilung. In anderen Fällen beseitigt es die nervösen Begleiterscheinungen (Kopf- und Druckschmerzen). Wo also keine Idiosynkrasie gegen Jodkali vorhanden ist, soll man die angegebene Therapie versuchen, bevor man sich zu chirurgischen Eingriffen entschliesst.

ZARNIKO.

42) **C. Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Methodik der Durchleuchtung von Oberkiefer- und Stirnhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. S. 1311. 1908.*

Verf. hat seinen früheren bekannten Durchleuchtungsapparat vervollkommnet, indem er 1. die Kohlenfadenlampe durch eine Metallfaden-(Osram-)Lampe ersetzt hat, die heller leuchtet und weniger hitzt, so dass die Kühlung wegfallen kann; 2. in dem Griff einen Rheostaten zur feineren Einstellung anbrachte.

Die genauen Angaben des Verf.'s über die von ihm bei der Durchleuchtung von Kiefer- und Stirnhöhle beobachtete Technik muss im Original nachgelesen werden. Hier sei nur erwähnt, dass er die Untersuchung der Stirnhöhle um die wichtige Methode der „Beobachtung des Grenzbezirks" bereichert hat. Diese Methode beruht auf der Erfahrung, dass eine gesunde Stirnhöhle von einer kranken aus schwerer durchleuchtbar ist, als eine kranke von einer gesunden aus, weil im ersten Falle das vom Stirnhöhlenboden herkommende Licht zweimal eine kranke und verdickte und deshalb schwerer permeable Schleimhaut zu passiren hat, im letzten Falle nur einmal. Näheres im Original.

Auch wer nicht mit dem Verf. der Ansicht ist, dass keine Methode für die Untersuchung der Nebenhöhlen die Durchleuchtung ersetzen könne, wird jeden Fortschritt auf diesem Gebiete freudig begrüssen. Und deshalb sei der Aufsatz des

enthusiastischen Mitbegründers und Verfechters der Durchleuchtungsmethode der Beachtung der Leser dieses Blattes dringend empfohlen. ZARNIKO.

43) **Rivière. Die acuten Sinusitiden. (La forme aigue des sinusites.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 27. 1909.*

Am 2. oder 3. Tage einer acuten Sinusitis haben die Patienten ein Fremdkörpergefühl im Rachen. Bei der Untersuchung findet man ein Oedem, das auf das Zäpfchen beschränkt ist. Neben der classischen Behandlung verwendet der Autor Glycerinwattetampons und grosse Spülungen des Rachens. LAUTMANN.

44) **R. H. Powell. Eine neue Methode zur Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen. (A new method of treating the accessory sinuses of the nose.)** *The West Virginia Medical Journal. März 1909.*

Empfehlung der Saugmethode. Verf. projectirt ein Instrument, mittels dessen die hinteren Nasenöffnungen verstopft werden können, so dass in der Nase ein Vacuum erzeugt werden kann. EMIL MAYER.

45) **Percy Fridenberg. Die Eröffnung der Nebenhöhlen von der Orbita aus. (The orbital route of the accessory sinuses.)** *American Journal of Surgery. Juli 1909.*

Die Eröffnung von der Orbita ist indicirt bei Complicationen, wie Fistelbildung, Protrusio irgend einer Sinuswandung in die Orbita mit oder ohne Exophthalmus, Subperiostalabscess, Orbitalcellulitis von einer Nebenhöhle ausgehend, ferner bei cerebralen Symptomen, persistirendem Kopfschmerz, progressiver Erblindung oder Opticusaffectionen aus ähnlicher Ursache, die auf intranasale Behandlung nicht prompt zurückgehen.

Verf. bespricht dann die Technik der Operation. Um den Thränensack braucht man sich nicht zu kümmern; dagegen solle die Trochlea geschont werden. Bedingung sei, dass die innere und obere Orbitalwand in weiter Ausdehnung freigelegt werde. Durch frühzeitige und gründliche Operation in geeigneten Fällen könne die Zahl der orbitalen Complicationen, der rhinogenen Erblindungen und intracraniellen Infectionen herabgesetzt werden. EMIL MAYER.

46) **Leon Samenhof** (Warschau). **Ein Fall von acuter idiopathischer Knochenentzündung des Oberkiefers (Osteomyelitis idiopathica maxillae.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Das Krankheitsbild, das zuerst von E. Schmiegelow im Jahre 1896 beschrieben wurde, ist ein äusserst seltenes: bis jetzt sind nur drei Krankheitsfälle in der Literatur mitgetheilt.

Der beschriebene Fall stellt eine idiopathische Erkrankung des Oberkiefers mit Ausgang in eine begrenzte Nekrose dar. Die Behandlung besteht vor allem in der Herstellung des Eiterabflusses und in antiseptischen Durchspülungen nach vorheriger Entfernung der abgestorbenen Theile.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

47) **H. E. Kanasugi** (Tokio). **Ueber die Dehiscenzen der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. S. 1405. 1908.*

Verf. fand an 3500 Schädeln 26 mal Dehiscenzen der Kieferhöhlenwände, der vorderen, der hinteren und der orbitalen. Nach der allgemeinen Annahme haben diese Dehiscenzen nicht die Wichtigkeit für die Ausbreitung pathologischer Processe, die ihnen Verf. zuerkennt. ZARNIKO.

48) **Bourguet. Chronische Kieferhöhlenentzündung mit acutem Nachschub infolge eines Furunkels der Oberlippe. Luc-Caldwell'sche Operation in Localanästhesie. (Sinusite maxillaire chronique rechauffée à la suite d'une furonculose de la lèvre supérieure.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 44. 1909.*

Patient wurde am Staar operirt. 7 Tage später entwickelt sich ein Furunkel der Oberlippe, der merkwürdig rasch schon nach 3 Tagen zur Fistelbildung sowohl unter dem Thränensack, als auch durch die vordere Wand des Sinus führt. Spaltung des Furunkels und am nächstfolgenden Tage typischer Caldwell-Luc unter Localanästhesie (Einreibung mit 5proc. [!] Cocainlösung, was wohl ein Druckfehler ist). Der einzige Vorwurf, den man der Caldwell-Luc'schen Operation bisher machte, war, dass hierzu allgemeine Narkose nöthig war. Durch Anwendung der localen Anästhesie fällt dieser Vorwurf, und nimmt sich Bourguet vor, in Zukunft alle seine Kieferhöhlenentzündungen nur noch nach Luc in Localanästhesie zu machen. LAUTMANN.

49) **Font de Boter** (Barcelona). **Sinusitis vom letzten Molaris ausgehend. (Sinusitis producida por al ultimo molar.)** *Revista barcelonesa de enfermedades del oido. December 1907.*

Bericht über einen Fall. TAPIA.

50) **P. J. Mink** (Utrecht). **Auscultatien der Kieferhöhle. (Auscultatie der bovenkaabsholte.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 324. 1909.*

M. empfiehlt die Auscultation als diagnostisches Hülfsmittel bei der Kieferhöhlenentzündung. Sein Instrument ist ein 4—5 dm langer Schlauch, dessen Enden mit einem Ansatzstück für das Ohr und einem Ohrtrichter versehen sind, dessen weiteres Ende auf die Fossa canina aufgesetzt wird. Man hört, bei ruhiger Athmung und stärker bei forcirter Athmung, ein amphorisches Geräusch, welches in der Nasenhöhle entsteht und durch die luftgefüllte Kieferhöhle fortgeleitet wird. Ist die Höhle mit Flüssigkeit gefüllt, so fehlt das Geräusch. Vorbedingung zur Würdigung dieses Symptoms ist, dass die Athmungsluft frei durch die betreffende Nasenhälfte strömt und keine Schleimhautschwellungen oder Polypen vorhanden sind H. BURGER.

51) **G. Berthou. Ueber die als Kieferhöhleneiterung auftretende Form des Kieferhöhlenkrebses. (Contribution à l'étude de la forme sinusiale du cancer du sinus maxillaire.)** *Dissert. Lille 1907.*

47jähriger Mann. Bei der Operation nach Luc-Caldwell war die maligne Natur der Kieferhöhleneiterung nicht aufgefallen. Einige Monate später Protrusio bulbi und Herauswachsen des Tumors nach Mund und Wange. X-Strahlen ohne Erfolg. OPPIKOFER.

52) **Louis Vacher. Zur Behandlung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege. (Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Jetzt, wo es allgemein üblich wird, die Kieferhöhleiterung vom unteren Nasengange aus radical zu eröffnen, ruft Vacher in Erinnerung, dass er diesen Operationsmodus schon 1906 beschrieben hat. Er benutzt zur Operation den Elektromotor und operirt unter localer Cocainanästhesie. Adrenalinbepinselung ist abzurathen wegen Gefahr der Nachblutung. Um Recidive zu vermeiden, ist es angezeigt, den vordersten Winkel der Kieferhöhlenbucht, beim Naseneingang, auch mit wegzunehmen.

LAUTMANN.

53) **Sturmann** (Berlin). **Die intranasale Eröffnung der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1273. 1908.*

In diesem in der Berliner laryngologischen Gesellschaft am 12. Juni 1908 gehaltenen Vortrage schildert Verf. ein Verfahren, das „die Mitte zwischen den kleinen und grossen Operationen" der Kieferhöhleneröffnung einhält und die für jede Art der Erkrankung passende Behandlung anzuwenden gestatten soll.

Nach Infiltrationsanästhesirung der facialen der Apertura piriformis benachbarten Aussenfläche und des unteren Nasenganges wird ein senkrechter Schnitt auf dem Rand der Apertur geführt, der möglichst weit nach oben und unten reicht und noch auf den Nasenboden übergeht. Abhebeln der Weichtheile und des Periosts von der facialen Fläche (bis 2 cm von der Apertura) und der Schleimhaut des unteren Nasenganges. Mit Meissel und Knochenzange wird jetzt der Knochen lateralwärts vom unteren Nasengange entfernt und weiter so viel, dass man einen vollkommenen Ueberblick über die Höhle (? d. Ref.) erhält. Spülung mit H_2O_2. Ist lediglich Schleimhautschwellung vorhanden: Jodoformtamponade. Sonst Curettement und Implantation eines zungenförmigen Lappens aus dem unteren Nasengange. Nachbehandlung unter Controle des Auges.

(Man sieht, das Verfahren sucht dasselbe zu erreichen, wie die Luc-Denker'sche Operation, nur dass nicht vom Munde, sondern von der Nase her vorgegangen wird. Welche Vortheile das haben soll, ist mir räthselhaft. Auch vom Munde her lässt sich, wie bereits im Jahre 1904 v. Eicken angegeben hat, unter Infiltrationsanästhesirung ziemlich schmerzlos, sicherlich ebenso schmerzlos wie von der Nase her, operiren; die Uebersicht aber und die Beurtheilung der Schleimhautbeschaffenheit müssen bei der oralen Operation besser, die Entfernung des Erkrankten muss vollkommener [wie will man z. B. den Recessus praelacrimalis vom Nasenloch her ausräumen?], die Lappenbildung, die sehr wichtig ist, muss leichter und correcter ausführbar sein. Auch wird die Blutung vom Munde her besser zu beherrschen sein und die Operation trotz ihrer Gründlichkeit kürzer dauern als die intranasale. Diese und noch manche andere Gründe sichern den oralen Operationen nach meiner Ansicht ihre dauernde Ueberlegenheit über die intranasalen, und alle Versuche, mit diesen, die als conservative Methoden wohl am Platze sind, den oralen Concurrenz zu machen, werden scheitern.)

ZARNIKO.

54) **Erich Ruttin** (Wien). **Zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 11, 1909.*

Autor geht bei der breiten Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus in der Weise vor, dass er zuvor die untere Muschel temporär resecirt. Seine Methode ist folgende: Unter Infiltrationsanästhesie „schneidet er den vorderen Ansatz der unteren Muschel mit einem Skalpell ein, meisselt sodann den ganzen Ansatz der unteren Muschel so durch, dass die Muschel nur an der ihre obere Fläche überziehenden Schleimhaut hängt .... Hierauf wird die Muschel nach oben geschlagen .... und in der nach oben geschlagenen Lage durch einen Brünings'schen, an einem Faden befestigten Gummischwammtampon erhalten. Der Faden wird an der Wange mittelst Heftpflaster befestigt". Nach Beendigung der Operation wird der Gummischwammtampon entfernt, die Muschel wieder in die normale Lage herabgeklappt und durch untergeschobene Tampons bis zur Anheilung in dieser Lage erhalten. In schweren Fällen, in denen Autor nach Luc-Caldwell oder Denker operirt, schlägt er auch vorher die untere Muschel von der Nase aus in der angegebenen Weise nach oben. Die Abbildungen demonstriren in anschaulicher Weise das Verfahren.

HECHT.

55) **James Donelan. Die Behandlung chronischer Highmorshöhleneiterungen; Operationsmethode und neue Instrumente. (The treatment of chronic suppuration of the maxillary antrum; an operation and new instruments.)** *The Lancet. Vol. II. p. 1748. 1909.*

Die Operation besteht darin, dass ein ungefähr viereckiges Stück der antronasalen Wand entfernt wird. Mit einem dreieckigen, gebogenen ∠ förmigen Hohlmeissel wird die erste Incision gemacht, dann wird von den oberen und unteren proximalen Enden dieser Incision je eine nach hinten und aussen verlaufende horizontale Incision mit einem starken graden Meissel angelegt. Schliesslich werden die hinteren Enden dieser Horizontalschnitte durch einen vertical verlaufenden Meisselschlag verbunden und durch eine Drehung des Meissels das lose Knochenstück in die Nase hineinbefördert.

Verf. weist darauf hin, dass das Antrum, besonders sein tiefer gelegener Theil mit der hinteren Hälfte der unteren Muschel correspondirt und dass das vordere Drittel der Muschel keine Beziehung zu der Höhle hat. Er hält infolge dessen die Entfernung des vorderen Drittels der Muschel für zwecklos; sie hat auch den Nachtheil, dass bei kalter Witterung leicht Neuralgien entstehen.

WATSON WILLIAMS.

56) **Mahu. Radicaloperation der chronisch entzündeten Kieferhöhle von der Nasenhöhle aus.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 9.*

Empfohlen wird, die Kieferhöhle, nach dem Vorschlage von Claoué, nach Abtragung des vorderen Drittels der unteren Muschel, von ihrer medialen Wand aus anzubohren und dann ein möglichst grosses Loch in die Wand zu machen, von dem aus bequem die Schleimhaut curettirt und die Höhle gewaschen werden kann. Als Instrument hierzu wird eine neue combinirte starke Scheere mit ganz

kurzem Schnabel empfohlen, die durch Druck in die Kieferhöhle, wie ein Troikart. eingetrieben wird und dann geöffnet, stückweise das Loch in die Wand schneiden kann. Um bequem curettiren zu können, hat Mahu biegsame Curetten angegeben. die die nothwendigen Krümmungen annehmen. Die Operation wird in localer Anästhesie ambulatorisch ausgeführt.

LAUTMANN.

57) **Fr. Munch. Localanästhesie bei der Radicaloperation der Kieferhöhle. (L'anesthésie régionale dans la cure radicale de la sinusite maxillaire.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 47. 1909.*

Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die Entwickelung der Localanästhesie bei der Behandlung der eitrigen Kieferhöhlenentzündung (Börger, Gordon King, Schilperoort, Nager) erwähnt Munch die Methode von Moure und Garrot, die darin besteht, dass man durch eine dreifache Anbohrung des Oberkieferknochens die Diploe mit Cocain überschwemmt. Dadurch soll auch die letzte Schwierigkeit des schmerzlosen Operirens, das Auskratzen der entarteten Kieferhöhlenschleimhaut, überwunden sein. Munch, geleitet durch die in letzter Zeit besonders gepflegte endonasale Behandlung des Trigeminus, kam auf die Idee, diese Methode ebenfalls zu benutzen. Die Methode ist für den Larynx schon durch Frey früher veröffentlicht worden und (was der Autor nicht erwähnt) für das Septum durch Killian. Die vom Autor benutzte Methode ist die von Baudouin und Levy beschriebene. Munch ist mit der erzielten Anästhesie sehr zufrieden und verwendet sie ausschliesslich seit einem Jahre.

LAUTMANN.

c. Mundrachenhöhle.

58) **Abetti** (Florenz). **Die Riga-Fede'sche Krankheit.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 69. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen aus der Klinik von Burci.

SEIFERT.

59) **Nicolas. Multiple Schanker des Kinns und der Lippe, ein Carcinom vertäuschend. (Chancres multiples du menton et de la lèvre simulant un épithélioma.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 10. November 1909.*

Bei einem 56jährigen Mann fand sich ein kleiner wuchernder Tumor des Kinns und zwei Erosionen der Lippe mit erheblicher Schwellung der in der Mittellinie oberhalb des Zungenbeins und der in der Achselhöhle gelegenen Drüsen.

Man dachte an Epitheliom; es stellte sich aber heraus, dass es sich um Primäraffecte nach einer kleinen Verletzung mit dem Rasirmesser handelte.

GONTIER de la ROCHE.

60) **Lecène** (Paris). **Bindegewebsgeschwulst der Unterlippe. (Conjonctivome de la lèvre inférieure.)** *Société anatomique. 3. December 1909.*

Der Tumor hatte das Aussehen einer Cyste; es handelte sich jedoch um eine reine Bindegewebsgeschwulst.

GONTIER de la ROCHE.

61) **Gerardo Sgobbo. Fibrochondrom der Wange. (Fibro-condroma della guancia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1909.*

Auf der Schleimhaut der linken Wange ungefähr an der Commissur zwischen den oberen und unteren Molaren fand sich eine Neubildung, die sich als Fibrochondrom erwies. Verf. schliesst, dass die meisten an dieser Stelle sitzenden Geschwülste Hemmungsbildungen sind (Beobachtung von Gayet), dass aber auch hier Tumoren rein glandulären Ursprungs sich finden. Abgesehen von diesen beiden Arten der Entstehung kommt in Betracht, dass wiederholte Traumen zu einer Verdickung der Schleimhaut und schliesslich zur Geschwulstbildung führen.

FINDER.

62) **W. B. Cushing. Ulceröse Stomatitis mit Vincent'schen Bacillen. (Ulcerative Stomatitis associated with Vincent's Bacillus.)** *Montreal Medical Journal. August 1909.*

C. berichtet Fälle von leichter contagiöser Stomatitis ulcerosa, in denen sich der Bacillus fusiformis und Spirillen fanden; sie traten in Anstalten bei Kindern im Alter von 3—8 Jahren auf, die unterernährt oder von mangelhafter Gesundheit waren. Die Krankheit begann als ein kleines Ulcus am Zahnfleischrand und breitete sich in einigen Fällen in der Form einer adhärirenden Pseudomembran oder einer oberflächlichen Nekrose der Schleimhaut an der Wange, Zunge oder des Pharynx aus; es bestand charakteristischer Fötor, geringe Störung des Allgemeinbefindens und Schwellung der benachbarten Drüsen. Ausstrichpräparate zeigten die charakteristischen Mikroorganismen in grosser Menge. Alle genasen in einer bis drei Wochen. Jodkali, innerlich gegeben, scheint die Heilung zu beschleunigen.

EMIL MAYER.

63) **H. Arrowsmith. Schwarze Haarzunge; Hyperkeratosis linguae. (Black hairy tongue. Hyperkeratosis linguae.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. beschreibt seinen eigenen Krankheitsfall. Er wurde durch ein Gefühl auf der Zunge, als ob diese mit einer Zahnbürste berührt würde, dazu veranlasst, sich zu untersuchen und entdeckte einen schwarzen Fleck am Zungengrund nahe den Papillae circumvallatae. Mikroskopisch erwies sich die Veränderung als eine Hyperkeratose. Nach 10 Tagen verschwand die Störung ohne jede Behandlung.

EMIL MAYER.

64) **De Serano. Epitheliome der Zunge und des Mundbodens. (Epithéliome de la langue et du plancher buccal.)** *La Belgique Méd. No. 45. 1909.*

In der Genter medicinischen Gesellschaft stellt am 1. Juni 1909 der Autor mehrere nach dem Rocher'schen Verfahren an dieser Affection operirte Kranke vor. Die Discussion über die Behandlung dieser Affection gibt zu einer langen Verhandlung bezüglich eines deutschen Serums, des Schmidt'schen Cancroidins, Veranlassung, über welches sich mehrere Mitglieder der Gesellschaft, welche dasselbe geprüft hatten, in einer späteren Sitzung der Gesellschaft am 7. Sept. 1909 abfällig äusserten.

BAYER.

65) **Goris. Zwei Fälle von Zungenkrebs. (Deux cas du cancer de la langue.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20.*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie zeigt am 27. März 1909 G. ein ganz kleines Zungencancroid vor, welches er ganz im Anfang seines Auftretens exstirpirt hatte; mitten auf dem ca. 1 qcm grossen Kern befindet sich eine Fissur, hervorgebracht durch den schneidenden Rand eines cariösen Backenzahnes. G. betont diese nur zu häufig verkannte Aetiologie und die Wirksamkeit der frühzeitigen Eingriffe. Der zweite Fall hingegen betrifft einen auf der ganzen Hälfte der Zunge ausgebreiteten Krebs unter Mitleidenschaft der Halsdrüsenkette. Die Massenexstirpation, welche allein einige Gewähr für eine dauerhafte Heilung bietet, hat leider in der Mehrzahl der Fälle eine tödtliche Bronchopneumonie zur Folge.

PARMENTIER.

66) **F. C. Raynor. Die Zungentonsille. (The lingual tonsil.)** *American Journal of Surgery. April 1909.*

Verf. beschreibt das Symptomenbild der phlegmonösen Entzündung an der Zungenbasis, ferner die von der Zungentonsille ausgehenden Reflexe. Das häufigste Symptom ist eine Parästhesie des Pharynx verschiedenen Grades mit Husten. Reiche zottige Hyperplasien sind mit der Curette, hervorragende Massen mit der Schlinge abzutragen. Breite flache Hyperplasien zerstört man mit Aetzmitteln, entweder chemischen oder mit Galvanokaustik. Ferner werden beschrieben Varicen und varicöse Tumoren.

EMIL MAYER.

67) **W. Stuart Low. Die Chirurgie der Strumen des Zungengrundes. (The surgery of lingual thyroids.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juni 1909.*

Da nach völliger Entfernung der Schilddrüsensubstanz am Zungengrund bisweilen Myxödem auftrat, so muss man sich in all diesen Fällen vor der Operation davon überzeugen, ob die normale Schilddrüse hinreichend entwickelt ist. Ist sie nicht vorhanden oder nur sehr klein, so soll man die Struma des Zungengrundes nur operiren, wenn genügende Indicationen dazu vorliegen. Fehlt die normale Schilddrüse, so muss jedenfalls etwas von der Schilddrüsensubstanz am Zungengrund stehen bleiben. Verf. empfiehlt, die Zunge von der Spitze bis zur Basis zu spalten, da so am besten eine radicale Entfernung möglich sei. Er zieht diese Methode der Pharyngotomia subhyoidea vor, da diese bei Geschwülsten der Zungenbasis den Nachtheil hat, eine Communication zwischen der septischen Mundhöhle und der grossen Wunde aussen am Halse zu bilden.

LEFFERTS.

68) **Fein** (Wien). **Der sogenannte und der wirkliche Rachenkatarrh.** *Medic Klinik. 43. 1909.*

Mit vollem Recht betont F., dass mit der Bezeichnung „Rachenkatarrh“ von Laien nicht nur, sondern auch von Aerzten viel Missbrauch getrieben wird und dass die Besichtigung der hinteren Rachenwand für sich allein völlig werthlos ist und dass erst durch Untersuchung der umgebenden Organe, in erster Linie der Nase, der Sitz der Erkrankung festgestellt werden kann. Auch darin kann man mit F. übereinstimmen, dass bei allen Formen acuter Entzündung des Rachens

eine mechanische Behandlung irgend welcher Art, insbesondere das so beliebte Pinseln, streng zu vermeiden ist.

SEIFERT.

69) **Gaucher. Nekrose des Pharynx nach Injectionen von grauem Oel. (Nécrose pharyngée à la suite d'injections d'huile grise.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 18. Juni 1909.*

Ein Syphiliskranker erhielt vier Injectionen von grauem Oel. Einen Monat später trat Stomatitis und Gangrän des Pharynx auf. Der Tod erfolgte durch Blutung aus der linken Carotis. Verf. bringt die Gangrän in Zusammenhang mit den Injectionen von grauem Oel.

A. CARTAZ.

70) **Tytgat. Ein Fall von Fibroepithelialtumor der Submaxillardrüse. (Un cas de tumeur fibroépithéliale de la glande sous-maxillaire.)** *Belgique Médical. No. 45. 1909.*

In der medicinischen Gesellschaft von Gent, Sitzung vom 1. Juni 1909 äussert der Autor bezüglich der histogenetischen Natur dieser Tumoren die Meinung, dass die branchiogene Theorie von Veau und Cuneo am besten ihr Entstehen erkläre.

BAYER.

71) **A. Winternitz** (Budapest). **Ringförmige Naht des Ductus Stenonianus wegen Speichelfistel.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1909.*

Die Fistel ist nach Eröffnung eines Furunkels auf der Pars masseterica entstanden. W. hat die Stümpfe aus der Narbe herauspräparirt, die Enden aufgefrischt und über eine eingeführte Sonde mit feiner Catgutnaht ringförmig vereinigt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

72) **Richard H. Johnston. Ein grosser Stein im Ductus Whartonianus. (A large calculus from Wharton's Duct.)** *The Laryngoscope. 1909.*

Der Stein maass 2,2 : 1,6 : 1,0 cm, und wog 1,72 g.

EMIL MAYER.

73) **Robert E. Davidson. Speichelsteine; nebst Bericht über einen Fall. (Salivary calculi with report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Februar 1909.*

Verf. hat in der Literatur 242 Fälle gefunden und glaubt daraus auf die Seltenheit der Affection schliessen zu dürfen. Er vergisst dabei, dass zahlreiche Fälle gewiss nicht publicirt werden.

LEFFERTS.

74) **A. Pollak** (Wien). **Ein geschütztes Bistouri für Operationen in der Mundhöhle und im Rachen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 50. 1909.*

Die Schneide des Instruments ist zu zwei Dritteln stumpfrandig.

HANSZEL.

75) **J. Hammond. Instrument zur Annäherung der Gaumenfortsätze in Fällen von angeborenem Gaumenspalt. (Instrument for the approximation of the palatine processes in cases of congenital cleft palate.)** *Journal of the American Medical Association. 27. Februar 1909.*

Beschreibung eines Apparates, der aus zwei durch Schrauben einander zu nähernden oder von einander zu entfernenden Platten besteht.

EMIL MAYER.

76) **H. Stern. Specialärztliche Behandlung der wegen Wolfsrachen Operirten.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 5. November 1909.) *Wiener med. Wochenschr. No. 46. 1909.*

Stimmübungen und passive Bewegungen des Gaumensegels mit Hilfe des Gutzmann'schen Obturators, eventuell in Verbindung mit elektrischer Behandlung und Athemübungen. HANSZEL.

77) **Van den Wildenberg. Complicirter Wolfsrachen. (Gueule de loup compliquée.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Februar-März 1909.*

18 Monate altes Kind mit Gaumenspalte, im unteren Drittel 2 cm, am oberen 1 mm breit, wurde schon 2 mal anderweitig ohne jeden Erfolg operirt.

Der Autor führte nun eine neue Operation in zwei Zeiten aus; zuerst brachte er das vorspringende Os intermaxillare in die richtige Lage, dasselbe mit Metallsuturen fixirend, darauf nahm er 3 Wochen später eine weitere Operation vor, bei welcher zuerst der Nasenflügel losgelöst, dann die Spaltränder angefrischt und alles dann vernäht wurde. Resultat perfect. BAYER.

78) **Van den Wildenberg. Gaumenspalten und Oto-Rhinoskopie. (Divisions palatines et Oto-rhinoscopie.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Februar-März 1909.*

Vorstellung eines an Wolfsrachen operirten 5jährigen Kindes mit Uranostaphylorrhaphie; vollständige Vereinigung per primam; 5 Tage nach der Operation konnte das Kind mit einer für Jedermann verständlichen Sprache sich ausdrücken.

BAYER.

79) **Brocq, Pautrier** und **Fernet. Diffuses Lymphadenom des Gaumengewölbes und der Zunge. (Lymphadénome diffus de la voute palatine et de la langue.)** *Société française de Dermatologie. 1. Juli 1909.*

Patient, ein 48jähriger Mann, leidet seit dem Jahre 1907 an einer rothen schmerzhaften Infiltration an der Uvula, dem Gaumensegel und dem Gaumengewölbe. Eine antisyphilitische Behandlung war resultatlos. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes ergab ein diffuses Lymphadenom. Ein Jahr später wurde die Zunge ergriffen; sie zeigte eine höckerige Infiltration an der linken Seite. Auf Anwendung von Radium erfolgte erhebliche Besserung.

A. CARTAZ.

80) **Pietro Casali. Die spitzen Condylome des Gaumens. (I Papillo-acantomi del palato.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1908.*

Es handelt sich um ein spitzes Condylom des harten Gaumens bei einem 18jährigen jungen Mann. Der Tumor war von konischer Gestalt, ca. 1 cm gross, von rother Farbe, blumenkohlförmig. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Hypertrophie der Papillen und des Stratum Malpighi und ein histologisches Bild, das vollkommen dem der spitzen Condylome glich. FINDER.

81) **Francesco di Colo. Die Epithelperlen des Gaumengewölbes in Bezug auf die Aetiologie der Tumoren dieser Region. (Le perle epiteliali della volta palatina in rapporto coll'etiologia dei tumori di tale regione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Ebenso wie die sogenannten Branchialepitheliome von eingeschlossenen Ectodermkeimen entstehen und so wie Malassez eine ähnliche Entstehung für gewisse Oberkiefertumoren aus paradentalen Epithelresten nachgewiesen hat, macht es Verf. wahrscheinlich, dass manche Tumoren des Gaumengewölbes ihren Ursprung nehmen von Epithelresten, deren Vorhandensein in der Zwischenkiefergegend von Leboucq nachgewiesen worden ist. FINDER.

82) **William R. Murray. Vincent'sche Spirillen und Bacillus fusiformis bei pseudomembranöser Angina. (Vincent's spirillum and bacillus fusiformis in pseudomembranous angina.)** *Journal of American Medical Association, 30. Juli 1909.*

Klinisch ähneln diese Fälle in mancher Hinsicht den Mykosen und in den Ausstrichpräparaten wurden einige Leptothrixfäden gefunden. Ob die Vincent-schen Bacillen den ätiologischen Factor darstellen, scheint dem Verf. zweifelhaft.

EMIL MAYER.

83) **Sobernheim** (Berlin). **Ueber Angina Vincenti.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. S. 1380. 1908.*

Demonstration eines Falles von syphilitischen Plaques opalines der Tonsillen, zu denen sich Angina Vincenti gesellte. — In der Discussion erwähnt Niedner einen Fall, in dem eine Mischinfektion von Diphtheriebacillen, Vincent'schen Spirillen und Streptokokken vorhanden war. ZARNIKO.

84) **P. Rudloff** (Wiesbaden). **Ueber einen Fall von Angina ulcero-membranosa (Angina necrotica, Plaut-Vicent'sche Angina).** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50. S. 2177. 1908.*

Der Fall ist dadurch merkwürdig, dass er einen 81 jährigen Greis betraf. Bisher ist die Erkrankung bei Individuen, die älter als 50 Jahre waren, nicht beobachtet worden. ZARNIKO.

85) **Santi Pusateri. Chronisch verlaufende Angina Vincenti. (Angina di Vincent a desorso cronico.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Januar 1909.*

Es handelte sich um eine Angina Vincenti, die beide Tonsillen befiel und zu erheblichen Zerstörungen an derselben führte: die rechte Tonsille wurde vollständig zerstört. Die Erkrankung zog sich Monate lang hin. Unter Aetzungen mit $3^1/_2$ proc. Chlorzinklösung und Anwendung von desinficirenden Gurgelwässern trat schliesslich Heilung ein. FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

86) **Notiz des Herausgebers. Hohe Mortalitätsziffern bei Diphtherie. (High death rate in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Das Sanitätsdepartement von Chicago giebt als Hauptgründe für die zur Zeit bestehende hohe Diphtheriesterblichkeit folgende drei Hauptgründe an: erstens, dass die Fälle zu spät in Behandlung kommen, zweitens, dass eine zu kleine Antitoxindosis gegeben und drittens, dass diese nicht früh genug wiederholt wird.

LEFFERTS.

87) **Much** (Hamburg-Eppendorf). **Zur Diphtherieepidemie. III.** *Medic. Klinik. 3. 1910.*

Während die Kliniker fast ohne Ausnahme den Werth des Serums anerkennen, steht ein auffallend grosser Procentsatz der praktischen Aerzte dem Serum skeptisch und ablehnend gegenüber. In dem vorliegenden Aufsatz bemüht sich Much, die verschiedenen Bedingungen, unter welchen die Wirksamkeit des Mittels eingeengt wird, klarzulegen, den grössten Nachdruck legt er darauf, dass eine rechtzeitige Einspritzung fast immer Hilfe schaffte. (Ob diese klaren Ausführungen die Gegner der Seruminjectionen bekehren werden, erscheint fraglich, durch gerichtliche Klagen wegen unterlassener oder verzögerter Einspritzung unter der Rubrik Kunstfehler dürfte mehr zu erreichen sein.)

SEIFERT.

88) **Starkiewicz. Einige Fälle von Diphtheritis mit sehr bösartigem Verlaufe. (Kilka przypaków blonicy o niezwykle zlosliwym przebiegu.)** *Przeglad pedyatryczny. No. 4. 1909.*

Verf. beschreibt 5 Fälle von Rachendiphtherie in ein und derselben Familie mit tödtlichem Ausgange in 4 Fällen. Das jüngste von den Kindern war 6 Wochen, das älteste 5 Jahre alt (es genas). Der Verlauf der letalen Fälle war sehr bösartig, ständig waren blutiges Erbrechen, hohes Fieber, bis zu 40,6°, vorhanden. Trotz der Einspritzung des Serums breiteten sich die Belege von den Mandeln auf den rechten Gaumen und die hintere Rachenwand aus. Die bakteriologische Untersuchung zeigte in allen Fällen das Vorhandensein des Diphtheriebacillus und der Streptokokken, ausserdem war bei einem Falle der Bacillus pyocyaneus, bei anderen der Staphylococcus aureus vorhanden.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Diphtherie im Anschluss an die Tonsillotomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Bei einem 7jährigen Mädchen stellte sich ca. 8 Tage nach vollzogener Tonsillotomia duplex und Adenotomie eine Diphtherie des Rachens und Kehlkopfs ein. Nach erfolgter Seruminjektion trat Heilung ein.

Zwei ähnliche Fälle sind 1894 von A. Cailé (N. Y. Med. Rec. 2 Juni und N. Y. Med. Journ. 4. August) beschrieben worden.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

90) **Fritz Meyer. Der Effect von Diphtherietoxin und Antitoxin auf das Herz. (The effect of Diphtheria toxin and antitoxin on the heart.)** *N. Y. Medical Record. 31. Juli 1909.*

Eine Wiedergabe des in der Berliner klin. Wochenschrift vom 28. Juni 1909 enthaltenen Artikels. LEFFERTS.

91) **W. H. Park. Diphtherieantitoxin. (Diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Juni 1909.*

Verf. meint, dass die Globulinpräparate des Antitoxin geeignet sind, die Anwendung des Serums bald zu verdrängen. Sie sind ungiftiger als das ganze Serum, Erytheme und andere Nebenwirkungen treten weniger häufig auf.

Verf. hat die Angabe französischer Autoren, wonach die Sera sehr inconstant seien, nicht bestätigt gefunden. Bei Prüfung von Sera verschiedenster Provenienz hat er constatiren können, dass sie stets im wesentlichen den von den Herstellern gemachten Angaben entsprechen. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

92) **Henri Bourgeois** und **Leon Egger. Das Oedem des Kehlkopfs.** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV. No. 7 u. 8.*

Dieser Aufsatz ist der unveränderte Abdruck des Referates, das die beiden Autoren für den letzten Congress 1909 der französischen Gesellschaft für Otorhinolaryngologie ausgearbeitet hatten. Seiner Bestimmung nach handelt es sich um eine Zusammenfassung unserer Kenntnisse über das Larynxödem, wobei der historische Theil allerdings sehr kurz gekommen ist. Neu ist nur die Eintheilung der Autoren, die folgende Formen unterscheiden a) infectiöses Oedem, wobei sie auch ein primäres infectiöses Oedem annehmen (?) und ein secundäres infectiöses Oedem im Anschluss an Infectionskrankheiten (Krebs? ?), b) ein Oedem bei Nierenkrankheiten, c) ein toxisches, von dem sie nur das Jodödem anerkennen, d) ein traumatisches (nach Verbrennungen?), e) solches nach Circulationsstörungen und endlich f) das nervöse Oedem, zu dem die Autoren das angio-neurotische Oedem (Quincke) und gesondert von dieser die Urticaria laryngis rechnen. Eine ganze Reihe von Krankengeschichten illustriren den Text, dem ein reichhaltiges Literaturverzeichnis angefügt ist. LAUTMANN.

93) **Champeaux. Kehlkopfödem nach Jodtinctur. (Oedème du larynx par application locale de tincture d'iode.)** *Revue hebd. No. 33. 1909.*

Ein zweijähriges Kind schluckt aus Versehen einen Theil des Inhaltes einer Flasche, die Jodtinctur enthält. Kurze Zeit darauf entstand ein acutes Oedem des Kehlkopfes, das die Tracheotomie nöthig machte. LAUTMANN.

94) **Chauffard** und **Guy Laroche. Acutes Pneumokokkenödem des Kehlkopfs mit nachfolgender Pneumonie und Pneumokokkensepsis. (Oedème aigu pneumococcique laryngé avec pneumonie et septicémie pneumococcique consécutives.)** *Société Médicale dss hôpitaux. 19. November 1909.*

Das Oedem trat als primäres klinisches Symptom einer Pneumokokkensepsis auf, die nach der Tracheotomie sich in einer Pneumonie, Arthritis des Schultergelenks und einer Phlegmone des Oberschenkels zeigte. de la ROCHE.

95) **M. D. Lederman. Kehlkopfödem nach Infection des unteren Pharynx. (Edema of the larynx following an infection of the lower Pharynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Die Infection erfolgte nach Verschlucken eines Hühnerknochens. Die Untersuchung ergab seröse Infiltration der linke ary-epiglottischen Falte. Aeusserlich bestand etwas Schwellung hinter dem linken Unterkieferast. Das Oedem des Larynx machte Fortschritte. Eine Incision in der Infiltration hinter dem Kiefer ergab ein paar Tropfen Eiter. Nach dieser Incision nahm das Oedem ab; die Wunde wurde offen gehalten und allmählich verschwanden die Erscheinungen von Seiten des Larynx. EMIL MAYER.

96) **v. Hansemann** (Berlin). **Ueber einen durch Cantharidin geheilten Fall von Kehlkopflupus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. S. 1425. 1908.*

v. H. constatirte nekroskopisch bei einem 49jährigen an Magencarcinom verstorbenen Patienten, dass der früher im Gesicht und an der Epiglottis vorhandene Lupus vollständig abgeheilt war. Pat. war von Liebreich lange Zeit mit Cantharidin behandelt worden und v. H. ist geneigt, die Abheilung des Lupus auf diese Behandlung zurückzuführen. ZARNIKO.

97) **Nobicourt** und **Texier** (Paris). **Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (Tuberculose laryngée infantile.)** *Société de Pédiatrie. 19. October 1909.*

Auf Grund der Symptome bei einem 8 Monate alten Kinde dachte man an Croup, bei der Autopsie fand man eine tuberkulöse Ulceration einer Stimmlippe.

GONTIER de la ROCHE.

98) **L. Bar** (Nizza). **Ein Fall von primärer Kehlkopftuberculose. Beobachtungen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose und insbesondere über die galvanokaustische Behandlung. (Un cas de tuberculose primitive du larynx; considérations sur le traitement de la tuberculose laryngée et en particulier sur le traitement galvanocaustique.)** *La Pressé oto-laryngol. Belge. No. 1. 1909.*

Der Fall spricht klar und deutlich zu Gunsten der Theorie einer primären Larynxtuberkulose. Dieses Factum ermöglicht die Hoffnung einer Radicalheilung dank einer energischen Behandlung. Während man so Schritt für Schritt und mit einer nicht gewöhnlichen Ausdauer, wie der vorliegende Fall bewies, kämpfte, muss man daran denken, dass es für jedes Stadium der Kampfperiode eine bestimmt ausgesuchte Behandlung giebt, und dass im Allgemeinen die vorsichtig aber doch richtig angewandte Galvanokaustik bei Ulcerationen von jeder Periode dem Kranken die eclatantesten Dienste erweisen wird. PARMENTIER.

99) **Albrecht** (Tübingen). **Ueber Kehlkopftuberculose. Experimentelles und Klinisches.** *Habilitationsschrift. Wiesbaden 1909.*

Die Kehlkopftuberkulose entsteht in der Regel durch sputogene Contactinfection. Bei dieser ständigen Infectionsquelle liegt stets die Gefahr erneuter Infection vor und dadurch wird die Prognose der an sich schon sehr ernsten und hartnäckigen Erkrankung entschieden verschlechtert. Nach Experiment und Klinik

ist die beste Tiefentherapie die Galvanokaustik, mit der nur die Röntgentherapie in Concurrenz treten könnte. Die Curette hat nur in Ausnahmefällen ausheilenden Erfolg.

SEIFERT.

100) **R. B. Homann. Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (The treatment of tuberculous laryngitis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Juli 1909.*

Unter den empfohlenen therapeutischen Methoden wird auch die Sonnenlichtbehandlung mittelst reflectirter Spiegel empfohlen.

EMIL MAYER.

101) **W. E. Casselberry. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the Larynx.)** *Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. unterscheidet zwischen den resistenten und nicht resistenten Patienten. Bei den Letzteren ist chirurgische Behandlung contraindicirt, ausgenommen bei Dyspnoe oder, um der Dysphagie vorzubeugen.

EMIL MAYER.

102) **Robert Levy. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. September 1909.*

Aus den Bemerkungen des Verf.'s seien folgende hervorgehoben: Der günstige Einfluss der Quecksilberbehandlung bei Larynxaffectionen tuberculöser Patienten kann nicht als positiver Beweis für den Werth dieser Behandlungsmethode bei Tuberculose angesehen werden. Die bacteriologische Diagnose kann oft durch directe Entnahme aus dem Larynx gestellt werden.

LEFFERTS.

103) **A. Hohbaum. Ueber Sonnenlichtbehandlung bei Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Leipzig 1908.*

H. empfiehlt an Hand von 10 Krankengeschichten die Sonnenlichttherapie bei Kehlkopftuberculose.

OPPIKOFER.

104) **Joseph Kramer** (San Remo). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose durch Sonnenlicht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Behandlung und Heilung eines vorgeschrittenen Falles von Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht. — Es bestanden neben hochgradigen Infiltrationen und Ulcerationen starke Oedeme. Das Licht wurde anfangs täglich zweimal einige Minuten lang in den Kehlkopf geworfen, später nach allmählicher Steigerung täglich zweimal eine Stunde. Nach einigen Wochen waren die Oedeme geschwunden, nach 4 Monaten auch die Ulcerationen. Einige Wochen später war völlige Heilung eingetreten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **Theodore Janssen. Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Sonnenlichtes. (Treatment of laryngeal tuberculosis by means of sunlight.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen, die im Sanatorium Davos behandelt wurden. Viele von ihnen blieben für lange Jahre geheilt. Verf. beschreibt eine Vorrichtung, mittelst deren das Sonnenlicht in die Mundhöhle und von dort mit dem Larynxspiegel in den Kehlkopf reflectirt wurde. Die Patienten lernen es

sehr bald, die Behandlung selbst auszuführen. Die Sitzungen dauern $^1/_2$ bis 1 Stunde. Im Gebirge wurde ein Planspiegel benutzt, während für das Flachland wegen des schwächeren Sonnenlichts sich ein Concavspiegel von 40 cm Focallänge empfiehlt.

LEFFERTS.

106) **Nepieu. Die Phototherapie in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (La photothérapie dans le traitement de la tuberculose laryngée.)** *Académie de Médecine. 19. October 1909.*

Verf. hat gute Resultate mit der Lichtbehandlung der Kehlkopftuberculose erzielt und zwar hat er sich des electrischen Bogenlichts bedient. Die Strahlen wurden mittels einer Quarzlinse concentrirt und durch besondere Kehlkopfspiegel aus Quarz reflectirt. Die Sitzungen dauern 10 Minuten. Eine der auffallendsten Folgen ist das Nachlassen der Schluckschmerzen, die Abnahme der Infiltration und die allmähliche Vernarbung der Geschwüre.

A. CARTAZ.

107) **R. Dreyfuss** (Strassburg). **Optimismus und Pessimismus in der Therapie der Larynxtuberculose.** *Strassburger med. Zeitung. XII. 1909.*

Der Pessimismus mancher Aerzte gegenüber der Therapie bei Lungentuberculose beruht auf der falschen Vorstellung, dass die Kehlkopferkrankung eine Complication der Lungentuberculose in deren Endstadium sei, ferner dass im Gegensatz zu der Lungentuberculose die Tuberculose des Kehlkopfes sehr selten ausheilt. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die gegen die Lungentuberculose gebräuchlichen Methoden.

FINDER.

108) **Poyet. Die Leukoplasie des Kehlkopfes.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 7.*

Die Leukoplasie des Kehlkopfes ist zum ersten Male zusammenfassend vom Autor in seiner Doctordissertation behandelt worden. Die diesbezüglichen Veröffentlichungen in der Literatur sind selten. Poyet rechnet nicht nur die syphilitischen Formen, sondern alle Pachydermien des Kehlkopfes mit weisser Verfärbung zur Leukoplasie. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich eher um Bedürfnisse der Klinik handelt, als um eine Gruppe von Krankheiten mit genauen pathologisch-anatomischem Charakter. Deutlich geht dies hervor, wenn man z. B. das synoptische Tableau betrachtet, nach welchem der Autor die Differentialdiagnose angiebt zwischen Leukoplasie einerseits und andererseits Papillomen, Krebs, Syphilis sec. et tert., Tuberculose. Allerdings giebt uns Poyet auch eine kurze pathologisch-anatomische Beschreibung, die übereinstimmt mit der Beschreibung der Leukoplasie auf anderen Gebieten und deren bekannte Charaktere die Hyperkeratose des Epitheliums mit Bildung von Eleidin in den Zellen ist.

LAUTMANN.

109) **Compaired** (Madrid). **Gummöse Infiltration der Aryknorpel, Taschenbänder und Epiglottis mit Verschluss der Epiglottis. Tracheotomie. Heilung durch intramusculäre Einspritzungen. (Infiltración gomosa del aritenoide, banda ventricular y epiglottis del lado izquierdo con oclusion de la glotisque reclama la tracheotomia, Curación por las inyecciones intramusculares.)** *Siglo médico. 2. November 1909.*

Der Titel enthält den Inhalt.

TAPIA.

110) **H. Quincke. Ueber Laryngoptose und verwandte Ptosen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2177. 1908.*

Die Senkung von Unterkiefer, Zunge und Kehlkopf (Trachelenteroptose) führt bei geringeren Graden nur zu leichteren, aber durchaus nicht zu vernachlässigenden Störungen (Schnarchen, Mundathmung mit ihren Folgen, Circulationsstörungen, Herzdilatation), bei stärkeren Graden, besonders wenn noch andere ungünstige Umstände hinzukommen, zu sehr ernsten und bedenklichen Schädigungen, wie zwei höchst interessante Beobachtungen des Verf.'s zeigen (habituelle normale Alterssenkung des Kehlkopfes, senile Starre desselben, Alterskyphose der Hals- und Brustwirbelsäule, Erschlaffung der Schling- und Zungenmusculatur durch allgemeine Erschöpfung und durch nachbarliche Localprocesse; Folgen: bedeutende Inanition durch Behinderung der Nahrungszufuhr). — Messungen über den Einfluss der Körperhaltung auf die Lage des Kehlkopfes. Bemerkungen über das Schnarchen, seine Ursachen, Bedeutung und Behandlung.

ZARNIKO.

111) **A. Natzler. Ueber Aktinomykose des Kehlkopfs.** *Dissert. Leipzig 1908.*

N. trägt vorerst 15 Fälle von Kehlkopfaktinomykose aus der Literatur zusammen und theilt dann seine eigene Beobachtung mit: Ein 54jähr. kräftiger Mann, der früher schon öfters Halsbeschwerden hatte, erkrankte unter den Erscheinungen einer schweren Larynxstenose. Die Diagnose wurde auf Larynxerysipel gestellt. Nach erfolgter Tracheotomie schloss sich die Wunde nur langsam; es blieb eine secernirende Fistel, in deren Eiter sich Aktinomyceskörner nachweisen liessen. Später stellte sich eine immer grösser werdende Schwellung auch aussen auf der linken Halsseite ein. Da Patient sich nicht zur Operation entschliessen konnte, so wurde Jodkali (bis jetzt 900 g) gegeben, ohne Erfolg.

Da von der Gegend der linken Tonsille nach dem Kehlkopf hin ein dicker Strang nachweisbar war, so nahm Verf. an, dass die Infection im Pharynx stattgefunden und von hier durch diesen Strang auf den Larynx übergegangen sei. Patient hat niemals Gräser oder dergleichen in den Mund genommen. Er war aber oft durch seinen Beruf gezwungen, schmutzige Papiere zu durchblättern, die von Metzgern aus dem Schlachthause stammten. Die Papiere, die möglicherweise den Aktinomycespilz enthielten, feuchtete Patient jeweilen mit den Lippen an.

OPPIKOFER.

112) **Constantin. Behandlung einiger Kehlkopferkrankungen mittelst Sismotherapie. (Traitement de certaines affections du larynx par la sismothérapie.)** *Archives internat. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Zur Behandlung sowohl acuter als auch chronischer Entzündungen des Kehlkopfes empfiehlt der Autor die Massage mit einem elektrisch betriebenen Concussor. Er will in den allermeisten Fällen gute Erfolge erzielt haben, allerdings bei Fällen von Ueberanstrengung des Kehlkopfes. Weniger erfolgreich bewährt sich die Methode bei echten Lähmungen. Der Autor spricht von drei Lähmungen, von denen eine, wie er sagt, bulbärer Natur war, zwei andere sogar „corticaler Natur“ waren. Schade, dass die genauen Krankengeschichten nicht mit veröffentlicht sind.

LAUTMANN.

113) **Gaillard** (Paris). **Syphilis der Trachea und Bronchien. (Syphilis trachéobronchique.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 4. December 1908.*

Es handelt sich um eine syphilitische Frau, welche abmagerte, hustete, blutigen Schleim expectorirte. Die Stimme war schwach, ohne heiser zu sein. Untersuchung des Larynx war negativ. Bei der Auscultation hörte man erhebliche Abschwächung des Athemgeräusches über einer Spitze. Sehr bald erfolgte ein Erstickungsanfall. Verf. hielt die Tracheotomie für unnütz, da das Athmungshinderniss zu tief lag; unter Hg-Injection erfolgte Heilung. Es handelt sich wahrscheinlich um eine diffuse Infiltration.

GONTIER DE LA ROCHE.

114) **Reich** (Tübingen). **Ueber die Amyloidtumoren der Trachea.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 69. 1909.*

Der aus der Bruns'schen Klinik stammende Fall (49jähr. Mann) ist der erste, bei welchem ein Amyloidtumor der Trachea durch Operation radical entfernt wurde und dies mit gutem operativen Erfolg. Der Tumor liess sich nach der Cricotracheotomie unter Erhaltung des grössten Theiles der bedeckenden Schleimhaut und ohne Perforation der hinteren Trachealwand ziemlich leicht stumpf ausschälen. Kleine Reste wurden mit dem scharfen Löffel entfernt. 4 Monate nach der Operation war der Patient noch recidivfrei.

SEIFERT.

115) **E. Krieg** (Tübingen). **Ueber die primären Tumoren der Trachea.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 58. 1908.*

Die von v. Bruns stammende Statistik aus dem Jahre 1898 (Heymann's Handbuch) wurde von Krieg bis 1907 fortgeführt und um 53 Fälle erweitert, so dass bis jetzt 201 Fälle von primären Tracheatumoren bekannt sind. Unter diese Zahl sind 2 neuere Fälle mitgerechnet, die von Krieg mitgetheilt werden; der eine stammt aus der Klinik von v. Bruns und betrifft eine 37jährige Frau, bei welcher ein kirschengrosses Fibrom der vorderen Trachealwand mit Hilfe der Tracheotomia inferior entfernt werden konnte. Ein zweiter Fall von primärem Trachealtumor entstammt der Praxis von Krieg sen., es handelte sich um einen 67jährigen Mann mit multiplen Papillomen der Trachea, die auf dem natürlichen Wege mittels des Kehlkopfspiegels operirt werden.

SEIFERT.

116) **Nowakowsky** (Posen). **Beitrag zur Tracheoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 90. 1909.*

Ein grosser Defect der Trachea wurde durch einen doppelten Lappen geschlossen, der Hautlappen aus der dem Defect benachbarten Halshaut, der Hautperiostknochenlappen aus der Clavicula auf den ersteren aufgelegt. Vollkommener Erfolg.

SEIFERT.

117) **Anders** (Liestal). **Zwei Fälle von Tracheoruptur.** *Dissert. Basel 1909.*

Beide Fälle wurden nach Tracheotomie und Vereinigung der durchschnittenen Enden mittelst Seidennaht genäht und vollkommen arbeitsfähig.

Verf. räth an, ohne Bedenken so bald als möglich die Tracheotomie zu machen; daraufhin bei starkem Emphysem und mässiger Dyspnoe zuzuwarten, bis das Emphysem und sonstige Schwellung die Coaptation zulässt. Eventuell Nachbehandlungen mit Schrötter'schen Röhren, Tracheoplastik usw.

JONQUIÈRE

118) **S. Schönberg** (Basel). **Ein Fall von subcutaner querer Durchtrennung der Trachea und Abreissung des Herzens.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2057. 1908.*

Sectionsprotokoll und Epikrise eines zwischen zwei Eisenbahnpuffern zu Tode gequetschten Mannes. ZARNIKO.

119) **Duncan Forbes** und **Richard Courtauld. Bericht über Tracheotomiefälle, bei denen es lange Zeit hindurch unmöglich war, die Tube zu entfernen. (A note on tracheotomy cases in the course of which there were long periods of inability to dispense with the tube.)** *Lancet. Vol. II. 1525. 1909.*

Bericht über zwei Fälle, in denen die Canüle lange Zeit nach der Operation getragen werden musste. WATSON WILLIAMS.

f. Schilddrüse.

120) **S. S. Preobraschensky** (Moskau). **Die Behandlung des Kropfes mit Arsonval'schen Strömen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. giebt die Krankengeschichte zweier kleiner Strumen, die in ihrer Grösse durch Behandlung mit Arsonval'schen Strömen gut beeinflusst wurden. Die Ströme wurden alle 2 Tage, 3—6 Minuten lang, applicirt. Nach 7—12maliger Behandlung war die Geschwulst fast völlig verschwunden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

121) **C. Schaube. Die Beziehungen der Thymusdrüse zum Morbus Basedowii.** *Dissert. München 1908.*

Im Verlaufe weniger Monate wurde im pathologischen Institut München (Prof. Bollinger) 4mal Thymuspersistenz bei Morbus Basedow beobachtet. Sch., gestützt auf diese Sectionsbefunde und auf ähnliche in der Literatur niedergelegte Beobachtungen, nimmt an, dass wichtige Beziehungen zwischen Morbus Basedow und der Thymuspersistenz bestehen. Ueber die Art dieser Beziehung fehlt aber noch jede Aufklärung.

Sch. weist auch auf die besonders hohe Mortalitätsziffer hin bei Strumectomie von Basedowkranken mit Thymuspersistenz. OPPIKOFER.

122) **Putaski. Klinische Beiträge zur Grave-Basedow'schen Krankheit. (Spostrzezenia kliniczne nad choroba Gravesa.)** *Gazeta Lekarska. No. 49. 1909.*

Der Verf. bespricht auf Grund eines sehr umfangreichen eigenen Materials und allgemeiner Literatur die wichtigen Streitfragen in der Klinik der Basedow'schen Krankheit, besonders die chirurgische Behandlung nach der Kocher'schen Methode, die er warm befürwortet, denn sie giebt im Verhältniss zu allen anderen Methoden die relativ besten Resultate. A. v. SOKOLOWSKI.

123) **Ch. Viamay. Exstirpation des rechten Schilddrüsenlappens wegen Morbus Basedow. Erhebliche functionelle Besserung. (Thyroidectomie du lobe droit pour goitre exophthalmique vrai. Guérison opératoire. Grande amélioration fonctionelle.)** *Loire médicale. October 1909.*

Am ersten Tage nach der Operation war der Puls 160, arhythmisch; die Tem-

peratur betrug 40⁰; dies dauerte 4 Tage lang; am 5. Tage trat ein kritischer Zustand ein, charakterisirt besonders durch eine profuse Diarrhoe. Dann erfolgte sehr schnell Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

124) **G. Leriche** (Lyon). **Halbseitige Thyreoidectomie wegen Morbus Basedow. (Hémithyroidectomie pour goitre exophthalmique.)** *Société des sciences médicales Lyon. 10. November 1909.*

Es handelte sich um eine 40 jährige Frau, bei der sich nach einer Influenza alle Symptome eines Morbus Basedow entwickelten. Es wurde der rechte Schilddrüsenlappen entfernt; nach 3 Monaten ist eine erhebliche Besserung zu constatiren.

GONTIER de la ROCHE.

125) **Losseff** (Lausanne). **Beitrag zum Studium der chirurgischen und medicinischen Behandlung des Basedow'schen Kropfes. (Contribution à l'étude du traitement chirurgical et médical du goitre exophthalmique.)** *Dissertation. Lausanne 1909.*

Von 22 Fällen aus der chirurgischen Klinik wurden 20 operirt, theils durch Exstirpation der Schilddrüse, theils durch Enucleation, theils durch successive Unterbindungen der Arterien. Vier derselben starben gleich nach der Operation, nachdem man ihnen 2—3 Ligaturen gemacht hatte. Drei dieser letzteren waren schon vor den Eingriffen entkräftet. Bei dreien der vier Gestorbenen hatte man merkwürdiger Weise Jodoformverbände gemacht, die Ref. bei der Basedow'schen Hyperthyreoidisation contraindicirt erscheinen würden. Zu diesen dreien gehört der vierte mit letalem Ausgang, welcher nicht heruntergekommen war, so dass der Jodoformverband zum Theil das üble Resultat verschuldet haben konnte.

Von den übrigen 18 Fällen starben drei 1—3 Jahre später ohne directe Folgen des Basedow. Die überlebenden 15 Fälle ergaben 7 gänzliche Heilungen und 8 mehr oder weniger ausgesprochene Besserungen. Die medicinische Behandlung bestand in reichlicher Milchcur mit antithyreoidisirter Ziegenmilch, die Autorin in diesen Fällen als grossen Hülfsfactor betrachtet.

Im Eingang bespricht Verfasserin sämmtliche Causalhypothesen des Basedow. Sie nimmt als die wahrscheinlichste Hyperthyreoidismus an. Moussu dagegen beschuldigt als Ursache eine mangelhafte Function der Glandulae parathyreoideae.

JONQUIÈRE.

126) **G. Baetz. Ueber die Erfolge der operativen Therapie bei Morbus Basedowii.** *Dissert. München 1908.*

B. berichtet von 6 Basedowkranken, von denen 5 geheilt wurden. 1 Patient starb infolge der Operation an rasch zunehmender Herzinsufficienz.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

127) **A. Graf. Ueber die Behandlung traumatischer Oesophagusstenosen.** *Diss. München 1907.*

Der Titel giebt den Inhalt an; die fleissige Arbeit enthält Bekanntes.

OPPIKOFER.

128) **Botey** (Barcelona). **Ein Fall von Verengerung der Speiseröhre, geheilt mit ösephagoskopischer Dilatation. (Un caso de estrechez del esofago, curado con la dilatación esofagoscopica.)** *Revista de Medicina y Cirurgia practicas. No. 1087. 1909.*

Die Verengerung sass 15 cm hinter den Scheidezähnen und war durch Verschlucken von Aetzflüssigkeit entstanden. Es handelte sich um ein $2^1/_4$jähriges Kind. Es wurde einen Monat hindurch katheterisirt, nachdem ösophagoskopirt worden war. Das Kind kann jetzt alles schlucken. TAPIA.

129) **D. Tanturri. Ueber zwei mittels Oesophagoskopie diagnosticirte und geheilte Fälle von Spasmus des Oesophagus. (Su due casi di spasmo esofageo diagnosticati e guariti con la esofagoscopia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Bericht über zwei Fälle, die den Werth der Oesophagoskopie zur Unterscheidung von malignen Tumoren gegenüber den Spasmen zeigen; beide Fälle wurden durch die Anwendung der Oesophagoskopie geheilt. FINDER.

130) **R. Bachmann. Ueber Behandlungen der narbigen Oesophagusstricturen.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Strictur der Speiseröhre 17 cm hinter der Zahnreihe bei einem 11jährigen Knaben nach Trinken von Seifenlauge. Erweiterung der Strictur vom Magen aus. Um ein Umbiegen der feinen Bougie zu verhindern, wurde eine dicke, hohle Bougie, durch die ein dünner Ureterenkatheter eingeführt war, bis an die Strictur vorgeschoben. Die dickere Bougie gab somit dem feineren Ureterenkatheter eine Stütze. Im Verlauf der Behandlung entwickelte sich ein Larynxödem, nach der Ansicht des Verf.'s entstanden infolge eines Druckgeschwürs durch die Dauersonde. Tracheotomie. Vollständige Heilung. OPPIKOFER.

131) **Godart-Dauhieux. Stenose der Cardia und Oesophagusdivertikel. (Sténose du cardia et diverticulum de l'oesophage.)** *La Policlinique. No. 13. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen von Stenose der Cardia und des Pylorus, wovon der erste, dessen nervöser Ursprung keinem Zweifel unterliegt, operativ behandelt worden war. BAYER.

132) **May** (München). **Ein Fall von diffuser Oesophaguserweiterung.** *Mit 3 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines einschlägigen Falles neben epikritischen Erörterungen. Es handelte sich um eine hochgradig diffuse Erweiterung der Speiseröhre, wahrscheinlich um einen primär angeborenen Vormagen. Die Diagnose wurde durch die Röntgenaufnahme (Abbildung) gesichert, die Beschwerden durch dauernde Spülungen gebessert. Patient starb an einer plötzlich aufflammenden Drüsentuberculose. HECHT.

133) **Rydygier. Einiges über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus. (Kilka slow o wydobywanin ciał obcych z przolyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 51. 1909.*

Verf. behauptet auf Grund eigener klinischer Erfahrung, dass die Entfernung von Fremdkörpern nicht immer mittelst des Oesophagoskops durchführbar ist und dass in vielen Fällen die Fremdkörper mit Hülfe des Gräfe'schen Korbes entfernbar sind und dass diese Methode sehr leicht ausführbar ist. Bei stark eingeklemmten Körpern muss doch die Oesophagotomie angewandt werden. Bei allen Fällen muss, wenn möglich, eine Röntgendurchleuchtung vorgenommen werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

134) **Rydygier. Ueber die Oesophagoplastik. (O plastyce przelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 49. 1909.*

Der Verf. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Pharynxstenose im unteren Drittel, die bei einer 25jährigen Frau infolge einer Kalilaugenverbrennung entstanden ist und bei der eine Oesophagoplastik nach Roux ausgeführt wurde. Der Erfolg war günstig, denn die Frau konnte im Laufe von 14 Tagen vollständig gut schlucken, doch starb sie infolge einer zufälligen Lungenentzündung. Der Verf. beschreibt genau die diesbezügliche chirurgische Technik, wobei er diesen Fall mit entsprechenden sehr instructiven Zeichnungen illustrirt. Der Verf ist der Ansicht, dass die zwar schwierige aber sehr geistreich erdachte Operation öfter bei entsprechenden Fällen angewandt werden könnte.

A. v. SOKOLOWSKI.

135) **Willy Meyer. Intrathoracische Resection der Speiseröhre mit Oesophagogastrostomie. (Intrathoracic resection of Esophagus, with Esophagogastrostomy.)** *N. Y. Medical Record. 18. December 1909.*

Mittelst der heute gebräuchlichen Apparate kann der Oesophagus in seinem Brusttheil ohne Gefahr von dem Chirurgen in Angriff genommen werden. Für die Operation des Speiseröhrenkrebses kommen drei Methoden in Betracht: 1. Entfernung der Geschwulst, Verschluss der beiden Enden und Anlegung einer Magenfistel. Der Patient muss mittelst einer Magensonde ernährt werden, bis durch eine zweite Operation eine directe Communication zwischen dem proximalen Ende des Oesophagus und dem Darmcanal hergestellt wird. 2. Eröffnung des Thorax, Heraufziehen des Magens in die Brusthöhle und Vornahme einer Oesophagogastrotomie. Dies ist die ideale Methode, da sie dem Patienten gestattet, zu essen und zu trinken. 3. Oesophagojejunostomie. Diese Methode kommt in Anwendung in Fällen, wo die Geschwulst so hoch liegt, dass der Magen für eine directe Anastomose nicht hoch genug gezogen werden kann.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Carl Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik.** Dritte, neu bearbeitete Auflage. Berlin 1910. S. Karger.

Die eben erschienene 3. Auflage des Zarniko'schen Lehrbuches enthält neben dem neuen Autorenregister zwei neue Capitel, das eine (Cap. 14) über den

Zweck und Bedeutung der Rachenmandel, in dem Zarniko die beiden einander gegenüberstehenden Theorien, die Abwehrtheorie von Brieger und Goerke, und die Infectionstheorie, hauptsächlich vertreten von Lexer, erörtert. Eine Entscheidung in diesem Widerstreit der Meinungen lässt sich vorläufig noch nicht treffen. Im 52. Capitel werden die Fremdkörper und Concremente in der Nase besprochen. Ausserdem sind an vielen Stellen kleine oder grössere Zusätze hinzugekommen, die den Fortschritten auf den verschiedensten Gebieten Rechnung tragen. So wird diesmal eine eingehende Besprechung der Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Rhinologie gewidmet, mit der ich mich aber nicht ganz einverstanden erklären kann. Ich gebe all' die Fehlerquellen, die Zarniko aufzählt, bereitwilligst zu, und trotzdem sehe ich in dieser Methode ein vortreffliches Hilfsmittel, das uns in vielen unklaren Fällen überraschend schnell zur Klarheit verhilft. Dahingegen stimme ich mit Zarniko ganz und gar überein in den Bemerkungen, die er über die Indicationen zu grossen Operationen bei Nebenhöhlenerkrankungen seinem früheren Text hinzugefügt hat: die sogenannten Radicaloperationen bei Stirn- und Kieferhöhle soll man nur vornehmen, wenn dringende Complicationen vorliegen oder wenn durch eine vorherige Behandlung per vias naturales ein erträglicher Zustand nicht herbeigeführt werden konnte — also äusserste Zurückhaltung. Denn einmal garantirt auch die Radicaloperation durchaus nicht eine Radicalheilung und dann darf man gewisse Uebelstände, die unter Umständen der Operation folgen können, bei seinen Entschliessungen nicht ausser Acht lassen.

Was ich von dem Zarniko'schen Lehrbuch halte, habe ich schon gelegentlich der Besprechung seiner 1. und 2. Auflage zum Ausdruck gebracht — ich halte es für eins der allerbesten, die je geschrieben worden sind, jedem deutschen und nichtdeutschen Lehrbuch für Rhinologie kann es sich getrost zur Seite stellen. Mit Genugthuung constatire ich, dass seine Werthschätzung immer grösser geworden sein muss, denn während die 2. Auflage 11 Jahre nach der ersten erschien, ist jetzt schon nach kaum 5 Jahren eine neue Bearbeitung nothwendig geworden. Das ist aber ganz gewiss ein gutes Zeichen für unsere Disciplin; ich weiss wohl, dass Leitfaden, im Stil eines Taschenkalenders geschrieben, besonders guten Absatz finden, wenn aber ein so viel gründlicheres, streng wissenschaftlich gehaltenes Werk, das vom Leser etwas verlangt, so viele Leser wirbt und damit neue Interessenten, dann hat die ganze Zunft dem Autor dafür dankbar zu sein. A. Kuttner (Berlin).

b) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

I. Sitzung vom 30. Januar 1908.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

E. v. Navratil: Vortrag über operative Behandlung von Kehlkopfstenosen. Vorstellung eines operirten und geheilten Falles.

30 jähriger Arbeiter schnitt sich in selbstmörderischer Absicht die Kehle durch. Grosser Blutverlust, Ohnmacht, längere Bewusstlosigkeit. Nach Trans-

fusion physiologischer Kochsalzlösung Wiederkehr des Bewusstseins. Tiefe Tracheotomie. Naht der klaffenden Wunde. Patient reisst sich den Verband herab und löst die zugenähte Wunde auf. Ausfluss von Speichel, Getränken und flüssigen Speisen aus der Wunde. Profuse Eiterung und Nekrose der Weichtheile, theilweise der Schildknorpel. Nach mühsamer Desinfection Anfrischung der Wundränder und Bildung einer vorderen Kehlkopfwand; zur Deckung des Fünfkronenstück grossen Defectes wurden von beiden Seiten des Halses Hautlappen genommen, deren Höhe den Verticaldurchmesser des Substanzverlustes unten und oben je um 1 cm überschritt, die Länge eines Lappens war 4,5 cm gross. Zwischen dem Substanzverluste und dem medialen Rande eines jeden Lappens blieb ein $1\,^{1}/_{2}$ cm langer Stiel zur Ernährung. Beide Lappen wurden umgestülpt und in der Mitte sowohl wie an den Rändern vernäht. Vollkommene Heilung, der Operirte athmet nach Entfernung der Canüle durch den Mund, Stimme mittelst der übriggebliebenen falschen Stimmbänder deutlich wahrnehmbar.

II. Sitzung vom 10. März 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Fall von primärem Kehlkopflupus.

Am freien Rande der Epiglottis weisse lineare Narben, an der laryngealen Fläche hirsekorngrosse Knötchen, eben so an den falschen Stimmbändern. Tuberculose nicht nachweisbar. Lues ausgeschlossen. Tuberculininjection verursacht im Kehlkopfe starke Reaction; B. hält den Lupus für Schleimhauttuberculose.

2. E. Baumgarten: Fall von primärem Nasenlupus.

18 jähriges Mädchen. Vor einigen Janren wurde ein bohnengrosses aus Knötchen bestehendes Granulom am rechten, und kleinere Knötchen am linken Septum mittelst Chromsäure zerstört. Narbenbildung. Jetzt sowohl in der Narbe als in der Umgebung mehrere Knötchen und Perforation des Septums.

3. A. v. Irsay stellt einen Kranken mit einem Polypen der Tonsille vor.

4. A. Lipscher: Fall von Kehlkopfstenose in Folge von Sklerom.

14 jähriger Bursche. Wurde vor 4 Jahren wegen Athemnot in Folge Skleroms der Kehle tracheotomirt. Nach Intubation bedeutende Besserung. Patient, zufrieden mit der Besserung, verliess mit der Canüle das Spital. Jetzt stellt sich der Kranke mit folgendem Status vor: Nase mit graugelben Granulationen und Krusten gefüllt, Gaumen und Uvula in die Höhe, Epiglottis stark infiltrirt nach hinten gezogen, den Larynx bedeckend. Intubation nicht ausführbar. Es wird beabsichtigt, mittelst Laryngofission das Sklerom zu entfernen.

Discussion:

v. Irsai: Es könnte mit Fibrolysin ein Versuch gemacht und nach Erweichung des Gebildes die Auskratzung endolaryngeal gemacht werden. Wegen gemachter Tracheotomie wäre ein Oedem nicht gefährlich.

A. Lipscher: Hält ein Curettement wegen Anwachsung und Rücklagerung der Epiglottis nicht ausführbar.

5. A. Lipscher: Zwei Fälle von Polypen des Cavum naso-pharyngeale.

30jähriger Arbeiter. Rechte Nase von Polypen ausgefüllt, Septum links verdrängt, rechter Nasenrücken erhöht. Entfernung des taubeneigrossen Polypen mittelst kalter Schlinge. — 38jähriger Tagelöhner. Rachen von grauschimmernder, bis zur Epiglottis reichender Geschwulst ausgefüllt. Fieber, Infiltration der Lunge rechts. Blutiger Auswurf, blutige Stühle. Tod kurz nach der Aufnahme. Section: Croupöse Pneumonie, Rectumcarcinom, Schleimpolyp des Nasenrachenraumes, aus dem Oberkiefer entspringend.

6. D. v. Navratil: Rhinolith.

N. entfernte einen Nasenstein in der Grösse von 3,2 × 2,3 cm und 6,75 g Gewicht mittelst der Krokodilzange. Präparat wird demonstrirt. Vortr. hebt hervor, dass die endonasale Entfernung der Rhinolithen in Folge ihrer Consistenz stets ausführbar sei.

7. M. Steiner: Vortrag über Ozaena.

Vortragender unterscheidet: 1. die Fränkel'sche Form, wahrscheinlich auf congenitaler Grundlage; 2. die rein mechanisch, durch Druck und Erweiterung verursachte; 3. die Grünwald'sche Form, in Folge von Nebenhöhlenempyem, evtl. anderen chronischen suppurativen Processen; 4. letzteren reiht sich an die Ozaena als Endresultat luetischer Knochenerkrankungen.

D. v. Navratil: Die Ozaena erstreckt sich immer in den Pharynx, Larynx und auch in die Nebenhöhlen, nur ist der Eiter heller, flüssiger. Einen besonderen Gesichtstypus fand er nicht.

Baumgarten: Die nach Tumoren im Vacuum entstehende Ozaena verschwindet sofort oder nach Monaten.

Steiner: Hat nach Tumorenoperation das Aufhören der Ozaena selbst nach 4—5 Monaten nicht beobachten können. Den Gesichtstypus hält er aufrecht.

III. Sitzung vom 2. Juni 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Z. v. Lènàrt: Fall eines chronischen Larynxödems. Histologischer Befund: ödematöses Gewebe.

Discussion:

Donogany: Hält den Fall für Myxödem, empfiehlt Thyreoidintabletten.

Polyàk: Hält den Fall für Larynxhyperplasie.

2. D. v. Navratil: Angioma laryngis.

31jährige Frau. Nussgrosser, das linke Stimmband überragender livider Tumor, von weicher Consistenz. Verkleinerung des Tumors nach Tonogenbepinselung. Verf. beabsichtigt bei zunehmender Atemnoth die Entfernung des Tumors mittelst Laryngofissur.

Discussion:

v. Lènàrt: Der Fall scheint eine Hypertrophie zu sein, er möchte endolaryngeal vorgehen.

Donogány: Wünscht eine histologische Untersuchung.

D. v. Navratil: Beobachtet den Fall schon $^3/_4$ Jahre, und konnte ein stetes Wachthum constatiren. Von einem endolaryngealen Vorgehen oder selbst einer Probeexcision will er umsomehr absehen, weil er in einem ähnlichen Falle von einem endolaryngealen Eingriffe heftige Blutung sah, welche wegen Erstickung plötzliche Tracheotomie nöthig machte.

3. A. Lipscher: 2 Fälle von Geschwulst der Highmorshöhle.

1. 20jähriger Bursche. Der rechte untere Nasengang mit der Sonde schwer passirbar, im mittleren glatte, consistente, bis in die rechte Choane ragende, weiche, bewegliche Geschwulst. Probepunction der Oberkieferhöhle ergab blutig-seröse Flüssigkeit. Im Falle die Probeexcision die Gutartigkeit der Geschwulst feststellt, wird deren Entfernung vorgenommen werden.

2. 25jähriger Landmann. Rechte Nase durch eine unebene, leicht blutende Geschwulst ausgefüllt, Bulbus nach vorne gedrängt, Retina trübe, Cornea normal, Papille verschwommen, Gefässe geschlängelt, Kopfschmerz, Schwindel. Röntgenbild zeigt rechte Seite verdunkelt. Mikroskopische Untersuchung ergab verhornten Plattenepithelkrebs.

Discussion: D. v. Navratil hält den ersten für einen gutartigen Tumor und operabel, den zweiten für bösartig in die Schädelhöhle dringend, für inoperabel.

IV. Sitzung vom 1. December 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Zungengeschwulst.

Vor 6 Jahren hatte Patientin eine nussgrosse, oberflächlich ulcerirende Geschwulst an der Zunge. Nach Jodkali rasche Heilung. Nach 6 Monaten ähnliche Geschwulst, auf Jodkali geringe, in letzter Zeit keine Besserung. Tuberculose ausgeschlossen. Vortr. hält die Geschwulst ursprünglich für eine luetische, gegenwärtig für eine in der narbigen Umgebung gebildete Infiltration und durch interstitielle Bindegewebsbildung organisirte chronische Verdickung.

2. E. Baumgarten: Substanzverlust vor der Trachea.

2 cm breiter, 2 cm langer vernarbter Substanzverlust oberhalb des Manubrium, nach Vereiterung von Lymphdrüsen; Trachealringe durchscheinend.

3. E. Baumgarten: Gaumenlähmung.

Totale Lähmung des weichen Gaumens; angeblich angeboren. Nach Verf. dürfte die Gaumenlähmung nach der Geburt in Folge einer Tonsillitis aufgetreten sein.

4. A. Onodi: Angioma uvulae.

5. D. v. Navratil: Abscess der Zungenwurzel.

38 jähriger Landmann. Es kam demselben unverhofft eine Weizenähre in den Rachen, bald nachher schweres Schlucken, später erschwertes Athmen. Zungenwurzel stark infiltrirt. Regio submentalis hervorgewölbt, schmerzhaft.

Fieber. N. schnitt nach localer Anästhesie in der Raphe mylohyoidea 3 cm tief ein. Haselnussgrosser Abscess. Besserung, doch abermalige Verschlimmerung, Temp. 39,5°. Tags darauf Eröffnung eines tieferen, grösseren Abscesses. Entleerung vielen übelriechenden Eiters. Nach 10 Tagen Heilung.

Discussion: Láng: Vor 3 Wochen sah ich einen nach Periostitis mand. necrot. entstandenen Zungenwurzelabscess, der bis zum Sternum reichte. Trotz breiter Eröffnung und Entleerung von $^1/_2$ Liter übelriechenden Eiters starb Patient nach 3 Wochen an Sepsis.

Morelli beobachtete 2 ähnliche Fälle durch Obturation des Speicheldrüsenausganges mittelst Steine entstanden. Nach Entfernung derselben Heilung.

6. Onodi: Demonstration von Nasennebenhöhlen-Präparaten.

E. v. Navratil.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Juni 1909.

B. Fränkel zeigt einen Fall von Carcinom des Gaumensegels. An demselben oberflächliches Ulcus, über der Uvula unebene Infiltration, hintere Gaumenbögen geschwollen; keine Tuberkelbacillen, negative serologische Untersuchung, Jodkali erfolglos. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Königsberger demonstrirt eine Patientin mit primärem Cancroid des Nasenrachens. Vom freien Rande des Velums bis zum Nasenrachen ein auf der hinteren Wand aufsitzender grauer, blumenkohlartiger, zerfallener Tumor, der vielleicht von der Rachentonsille ausgegangen ist.

Senator fragt, ob Katarrhe oder Operationen im Rachen vorausgegangen sind.

Fränkel hält die Frage des Uebergangs gutartiger in bösartige Geschwülste nach Operationen für erledigt.

Schötz hat ähnliche Fälle primären Carcinoms im Nasenrachen gesehen.

Alexander stellt einen Patienten mit einer Anomalie des Naseninnern vor.

Finder zeigt 1. einen Fall von Argyrose der Nasenschleimhaut, entstanden durch langjährige Einführung von Protargoltampons in die Kieferhöhle, und 2. zwei Fälle von Rhinosklerom; der erstere zeigt leicht blutende Knötchen in der atrophischen Nase, concentrische Einengung der Choanen, hyperplastische derbe Wülste im Larynx, der zweite Atrophie der Nase, im Larynx beiderseits coulissenartig vorspringende membranartige Falten.

Discussion über den Scheier'schen Vortrag: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Barth hält diese Röntgenbilder, bei 1—2 Secunden Belichtung hergestellt, für sehr werthvoll, wenn sie auch nichts Neues ergeben.

Gutzmann: Der Kehlraum ist immer dort sehr ausgeprägt, wo in dem Ansatzrohr nach abwärts von jenem eine starke Enge vorhanden ist. Charakteristisch ist der rechtwinklige Knick des Gaumensegels, wie er ihn immer beschrieben.

Die Skiagraphie ist aber nur eine von vielen Untersuchungsmethoden für die Sprachphysiologie.

Katzenstein: Diese Methode bietet eine gewisse Gewähr für die richtige Fixirung des Sprechactes.

Scheier giebt einige technische Anweisungen. Das Herabsteigen des Kehlkopfes bei hohen Tönen findet nicht bei allen Sängern statt. Bei der Kopfstimme ist der Zwischenraum zwischen Schild- und Ringknorpel kleiner als bei der Bruststimme.

Barth macht auf gewisse Schwierigkeiten und Gefahren der Röntgenmethode aufmerksam.

B. Fränkel fragt, ob die Röntgenuntersuchung ein objectives Zeichen abgeben könne für den Werth der Methode des Gesanges.

Gutzmann: Es giebt viele individuelle Verschiedenheiten des Kunstgesanges; ein allgemein gültiges Gesetz giebt es nicht.

Katzenstein: Durch exacte Klanganalyse kommen wir einem Urtheil über die Gesangsmethode näher.

Sitzung vom 22. October 1909.

Gräffner zeigt drei Fälle von Syringomyelie, von denen der eine mit Syringobulbie vergesellschaftet ist. Bei diesem Patienten fand sich eine linksseitige Recurrenslähmung, kein Reflex auf der linken Kehlkopfseite, rechts ist er herabgesetzt; im Rachen Areflexie. Thermische und tactile Sensibilität im Larynx normal, ebenso Geschmacksfunction. Der linke Santorinische Knorpel zeigt lebhafte Einwärtsbewegungen. In den beiden anderen Fällen bestehen Störungen der Interni.

Bruck demonstrirt einen 9jährigen Knaben mit secundärer Syphilis der Mundhöhle. Ihre ganze Schleimhaut ist mit Papeln bekleidet; der Modus der Infection ist nicht sicher nachweisbar.

Finder zeigt ein 10jähriges Mädchen mit Tuberculose der Nasenhöhle. Verbreiterung des Nasenrückens, Lymphdrüsen am Kieferwinkel, Septum aufgetrieben, zeigt tumorartige, schwammige, leicht blutende Granulationen, deren mikroskopische Untersuchung Tuberculose ergiebt. Tuberculinreaction positiv. Nach Entfernung einiger Knochensequester Perforation des Vomer.

Schwarz: Fall von Vincent'scher Angina, der im Anfang den Eindruck eines Primäraffectes machte.

Scheier: Es bestand Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel und der örtliche Befund erweckte, trotz der ja nichts beweisenden Spirillen, den Verdacht auf Primäraffect; in solchen Fällen muss die Wassermann'sche Reaction entscheiden.

A. Meyer: Bei Angina Vincenti ist die etwaige Drüsenschwellung mässig, beim Primäraffect sehr bedeutend.

Bruck hat bei der Angina Vincenti mehrmals excessive Drüsenschwellungen beobachtet.

Halle hat auch bei Primäraffecten öfter minimale Drüsenschwellung gesehen.

Sobernheim: Die Wassermann'sche Reaction fand er bei Primäraffect immer positiv, bei Angina Vincenti immer negativ.

A. Meyer: Ulceration des Rachens, wahrscheinlich lupöser Natur. Rötung und Schwellung des Velums und der hinteren Rachenwand; darin Inseln von oberflächlichen Narben und kleine flache Ulcerationen. Aehnliche Veränderung am freien Rande der Epiglottis.

Alexander. 1. Fall von Erythema exsudativum multiforme der Mundhöhle.

Im Beginn mässige Röthung und Trockenheit der Rachenschleimhaut und erhebliche der Epiglottis und Stimmbänder. Am nächsten Tage tonsilläre, kleine, grauweisse Beläge, die sich auf hintere Gaumenbögen, Uvula und nasale Fläche fortsetzten. Bakteriologisch erwiesen sie sich als im wesentlichen aus Pneumokokken — ohne besondere Virulenz — bestehend. Nach 3 Tagen waren die Beläge geschwunden. Uvula und ein mittlerer Streifen des Velums roth, rechts davon kleiner tiefrother Fleck, höher hinauf diffuse Röthe. Am nächsten Tage Abblassung eines Theiles der gerötheten Parthien, andere Stellen lebhaft roth usw., kurz, es handelte sich um fleckförmiges Erythema exsudativum.

2. Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge eines Aneurysma art. anonymae. Das Aneurysma ist faustgross und als pulsirender Tumor in der rechten Claviculargegend zu sehen und zu fühlen.

Sitzung vom 19. November 1909.

Gluck stellt 1. einen Patienten mit Totalexstirpation der Zunge vor, dessen Sprachfunction ausgezeichnet ist. Muss die Totalexstirpation nicht über die Epiglottis hinausgehen und das Zungenbein nicht entfernt werden, macht er die Operation vom Munde aus.

2. Patienten mit Totalexstirpation des Pharynx, Larynx und Oesophagus, denen eine künstliche Stimme durch einen automatisch arbeitenden Apparat geliefert wird. Die total Laryngectomirten lernen es oft mit Pharynxstimme zu sprechen oder sie benutzen einen künstlichen Kehlkopf, für den G. Apparate hat construiren lassen, die mit Ausschaltung der Lunge durch künstliche Blasebälge dem Patienten die zum Sprechen nöthige Luft liefern.

E. Meyer zeigt 1. einen Patienten mit total exstirpirtem Larynx und künstlichem Kehlkopf. Das Luftzuleitungsrohr geht vom Mundwinkel zwischen Wange und Zähnen entlang und tritt hinter dem letzten Molaris in die Mundhöhle;

2. einen Nagel, den er einem Kinde durch die Bronchoscopia inferior aus dem linken Bronchus entfernt hat.

Finder berichtet 1. über den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Nasentuberculose, dass die Wassermann'sche Reaction positiv ausgefallen, andererseits im Nasensecret Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden; es handelt sich also wohl um eine Combination von Lues und Tuberculose.

2. Stellt er ein Mädchen vor, das eine granulirte Stelle an der unteren Nasenmuschel, einen Defect der Epiglottis und dicke Wülste im Kehlkopfeingang zeigte, die einen lupösen Eindruck machten, andererseits fanden sich specifische Narben im Rachen. Jodkali besserte den Zustand.

3. Zeigt er ein Kind mit Angina Vincenti; das Ulcus griff auf weichen Gaumen und Gaumenbogen und Uvula über und es entstand nach Ablauf der Erkrankung der einen Seite auf der anderen eine Angina Vincenti.

4. Demonstrirt er einen schwarzgrauen Tumor des Naseneingangs, der die rechte Nasenhälfte aufgetrieben hatte und sich mikroskopisch als Angiocavernom erwies. Radicaloperation.

E. Meyer hat ein Angiocavernom von dem hinteren Ende der mittleren Muschel nach submucöser Septumresection und partieller Conchectomia inferior endonasal entfernt.

Scheier zeigt Präparate von verirrten Zähnen in der Nasenhöhle.

Goldmann demonstrirt 1. das Bruchstück eines künstlichen Gebisses, das er auf ösophagoskopischem Wege aus der Speiseröhre entfernt hat.

2. Zeigt er einen Patienten mit ausgedehnten Ulcerationen des Pharynx und Larynx, die wahrscheinlich syphilitischer Natur sind.

Echtermeyer stellt einen Patienten mit Rachensarkom vor, dass unter Arsenikgebrauch sich erheblich verkleinert hat.

Heymann berichtet über einen solchen Fall, bei dem Metastasen in der Augenhöhle bestanden und wo Arsenik den Patienten 7 Jahre lang am Leben und arbeitfähig erhielt.

Levinstein: Ueber die histologische Bewerthung der Appendix ventriculi Morgagni.

Nach genauer Schilderung der anatomischen Verhältnisse, der variablen Lage und Form der Appendix betont er als constantes Verhalten eine grosse Anzahl acinöser Drüsen, die in sie hineinmünden. Histologisch stellt sie sich als eine Ansammlung von Noduli lymphatici dar, zwischen denen sich eine wechselnde Menge von Bindegewebe vorfindet. Es ist dieses Organ eine Tonsilla laryngis, die die Aufgabe hat, die Stimmlippen dauernd feucht zu erhalten.

Sitzung vom 17. December 1909.

P. Heymann stellt einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung vor, bei dem der rechte Aryknorpel den gelähmten linken bei Seite schiebt und wo bei ruhiger Athmung Aryknorpel und Taschenband nystagmusartige Bewegungen machen.

Schötz glaubt, dass die Zuckungen durch den M. transversus hervorgerufen werden, der ja von der rechten Seite her innervirt wird.

Grabower nimmt an, dass es sich um eine Lähmung handelt, die auf dem Wege ist, von der Posticus- zur Recurrenslähmung überzugehen. Die Transversi sind noch thätig und machen — als Vorläufer der Lähmung — zittrige Bewegungen.

Heymann bleibt bei seiner Auffassung, da keine Aryknorpeldrehung stattfindet.

Hänlein: Fall von Cancroid des Siebbeins; der Tumor ist nach aussen durchgebrochen, ulcerirt und hat einen grossen Defect neben der Orbita gemacht.

J. Wolff, der den Patienten früher behandelt hat, glaubt, dass der Tumor wahrscheinlich von der Orbita ausgegangen und in das Siebbein durchgebrochen ist.

Halle zeigt eine Perle, die er aus der Nase entfernt hat, in der sie etwa 35 Jahre gesteckt hat, was weniger auffällt, weil die Patientin eine doppelseitige knöcherne Choanalatresie hatte. H. meint, dass die membranösen Atresien im allgemeinen auf syphilitischer Basis beruhen.

Finder hat mehrere derartige Fälle gesehen, die mit Syphilis nichts zu thun hatten.

B. Fränkel verwendet neuerdings bei der Choanalatresie die Elektrolyse.

Levinstein demonstrirt zur Erläuterung seines Vortrags auf der vorigen Sitzung mikroskopische Präparate der Appendix des Ventriculus Morgagni.

Halle stellt eine Patientin mit einem sehr grossen Nasenrachenpolypen vor, dessen Stiel aus der Kieferhöhle heraustritt. — Alsdann zeigt er einen Patienten, bei dem er mit der Fraise die Keilbeinhöhle freigelegt und die Stirnhöhle endonasal eröffnet hat.

M. Senator zeigt einen Speichelstein, den er aus dem Ductus Whartonianus entfernt hat.

Gräffner: Beobachtungen an Gaumen, Rachen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.

Bei Hemiplegikern findet man häufig augenfällige Bewegungsstörungen am Gaumen, seltener am Kehlkopf. Zu solchen disponirt in höherem Maasse das Ueberstehen mehrfacher Insulte.

Die Bewegungsstörung entspricht meist der gelähmten Seite. — Isolirte Lähmung des contralateralen Stimmbandes hängt, sofern nicht extracerebrale Complicationen vorliegen, nicht mit einer Grosshirn-, sondern mit einer bulbären Affection zusammen.

Stimmbandtremor und -ataxie sind nach Apoplexie seltener als bei Tabes und multipler Sklerose.

Bei der Irregularität resp. Veränderlichkeit der Uvularichtung Hemiplegischer wie auch bei der relativen Häufigkeit dieser Vorkommnisse bei Gesunden ist daraus allein keine Folgerung auf Apoplexie zu ziehen. Jedoch berechtigt hierzu die zeltartige Verziehung des weichen Gaumens.

Die Areflexie oder Hyporeflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes ist ebenfalls als Symptom verwerthbar.

(Die Discussion wird vertagt.) A. Rosenberg.

---

d) Laryngological Section of Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom 2. April 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: Zwei Fälle von retrobulbärer Neuritis, wahrscheinlich infolge von Erkrankung des Keilbeins und der hinteren Siebbeinzellen.

1. 32jähriger Mann; Eiter wurde nicht gefunden. Es wurde ein Theil der erheblich vergrösserten rechten mittleren Muschel entfernt, um an das Keilbein gelangen zu können. Innerhalb von drei Tagen trat Besserung der Augenstörung ein. Diese Besserung nahm constant zu. Es wurde nichts gethan, ausser dass der intranasale Druck beseitigt wurde.

2. Ein ähnlicher Fall bei einem 25jährigen Mann mit zunehmender Erblindung, die langsam eingesetzt hatte und seit 2 Monaten bestand. Vorhergehende Entfernung des hinteren Endes der mittleren Muschel; darauf erfolgte Nachlassen des Druckes und zunehmende Besserung der Augenstörung. Der Zustand der Siebbeinzellen war zweifelhaft.

C. O. Hawthorne hält es für schwierig, zu verstehen, wie eine Erkrankung des Keilbeins oder eine andere nasale Affection einen selectiven Einfluss auf gewisse Fasern des Opticus ausüben kann, so dass das als „retrobulbäre Neuritis" bekannte Symptomenbild entstehen kann. In dem ersten Falle war der Verlauf so wie in vielen Fällen von retrobulbärer Neuritis, in denen kein Verdacht auf eine Nasenerkrankung bestand. Auch sollten andere Erkrankungen, wie z. B. disseminirte Sklerose, nicht vergessen werden.

Tilley hat einige Zeit hindurch alle seine Keilbeinhöhlenfälle ophthalmologisch untersucht. Er hat in keinem derselben Symptome von Neuritis optica gefunden. Er verweist auf die Arbeit Kuhnt's.

Westmacott führt an, dass retrobulbäre Neuritis nach der Drainage der Highmorshöhle auf der entgegengesetzten Seite verschwand.

Dundas Grant: Angioneurotisches Oedem.

28jähriger Mann mit Schwellung an Stirn und Gesicht, welche bei geistiger Anstrengung auftritt.

Dundas Grant: Fall von Rhinitis caseosa.

Eine breiartige Masse von eingetrocknetem Eiter, die von einer rothen, granulirenden Zone umgeben war. Im Antrum kein Eiter. Vollständige und dauernde Heilung nach Ausspritzen.

Sir Felix Semon: Bemerkungen zu dem in der Novembersitzung 1908 vorgestellten Fall von maligner Erkrankung des linken Sinus piriformis.

Der Patient blieb gesund und die Bewegungen des linken Stimmbandes sind wiederhergestellt.

Stuart Low: Schilddrüsengeschwulst der Zungenbasis.

Vorgestellt März 1909. Die Geschwulst wurde entfernt, nachdem die Zunge von der Spitze bis zur Basis gespalten war. Es zeigte sich, dass sie eine Kapsel besass und aus Schilddrüsensubstanz bestand.

Davis: Pharyngo-Keratose von fünfmonatlicher Dauer bei einem 34jährigen Mann. Im Secret reichlich Löffler'sche Bacillen.

Ein Fall von typischer Keratose der Gaumen- und Zungentonsillen und des Nasenrachenraumes. Patient ist von guter allgemeiner Gesundheit, jedoch hatten 40 Kinder in dem von ihm geleiteten Institute an Tonsillitis gelitten. Bei keinem derselben war eine Lähmung eingetreten, doch wurden bei drei daraufhin untersuchten Fällen Löffler'sche Bacillen gefunden. Patient selbst hatte 18 Jahre vorher Diphtherie gehabt und die augenblickliche Erkrankung hatte mit einer Tonsillitis angefangen. Nach seiner Isolation verschwand die Schulepidemie.

Clayton Fox räth Entfernung mittelst Morcellement.

Ball denkt an eine Infection, die von den Kindern ausgeht.

Harman führt einen ähnlichen Fall von Pharyngomykose an, in welchem es sich zeigte, dass die gefundenen Bacillen keine wahren Löffler'schen waren. Heilung wurde durch Anwendung von Röntgenstrahlen erzielt.

Sir Felix Semon betrachtet die Impfung als die erste anzustellende Probe. Wenn wahre Löffler'sche Bacillen nicht gefunden werden, so kann die Keratose mittelst Luftveränderung und Tonicis geheilt werden.

Davis: Fall zur Diagnose.

Es handelt es sich um einen Zungentumor, bei dem die Diagnose zwischen Lymphangiom und einer Cyste des Ductus thyreoglossus schwankt.

Pegler: Primärer tuberculöser Tumor der Nasenscheidewand.

Vorgestellt Januar 1909. Es ist ein Recidiv eingetreten.

Tilley lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein von Lymphdrüsen oberhalb des Masseter bei Nasentumoren, worauf die französischen Autoren hingewiesen haben.

Jobson Horne: Ungewöhnliche Erkrankung des Kehlkopfes und der Mundhöhle.

Es handelt sich um Schleimhautplaques, die seit einem Jahre bestehen. Besserung unter Quecksilber und Jodkali.

Frederic Spicer: Lähmung des rechten Stimmbandes, des rechten Sternocleidomastoideus, des Trapezius, des Gaumensegels und des Pharynx.

Anamnestisch war keine Syphilis nachzuweisen und es erfolgte keine Besserung unter spezifischer Behandlung. Die Affection besteht seit 3 Monaten.

Donelan fand in der Anamnese Influenza.

Clayton Fox glaubt, dass diese Gruppe von Symptomen wahrscheinlich durch syphilitische Meningitis bedingt ist.

Sir Felix Semon hält die Bezeichnung der Affection als Avellis'scher Symptomencomplex für ungerechtfertigt, da sie bereits im Jahre 1870 von Morell Mackenzie und Hughlings Jackson beschrieben wurden.

Carson: Fälle von Lupus.

1. 27jähriger Mann, seit $4^1/_2$ Jahren unter Beobachtung. Besserung unter Tuberculinbehandlung. 2. 20jährige Frau, 7 Monate hindurch mit Tuberculin-Injectionen und ausserdem örtlich mit Milchsäure behandelt. 8. 10jähriges Mädchen, seit 8 Jahren krank, Pharynx, Gaumensegel und Kehlkopf sind afficirt. Guter Erfolg nach Tuberculininjectionen und localer Milchsäurebehandlung.

Barwell möchte die guten Resultate nicht der Tuberculinbehandlung zuschreiben. Viele sehr schwere Fälle heilen unter Curettage, innerlich Arsendarreichung und hygienischen Maassnahmen.

Dundas Grant und Dan Mc. Kenzie: Fixation des linken Stimmbandes mit Schwellung der linken Arygegend.

Fall zur Diagnose. Die directen Untersuchungsmethoden haben keinen malignen Pharynxtumor ergeben.

William Hill: Präparat, herrührend von einer totalen Pharynxexstirpation bei einer Frau mit Kehlkopfkrebs. Der Tumor begann in der Regio interarytaenoidea und breitete sich nach innen und aussen aus.

Hett: Fremdkörper von der hinteren Oesophaguswand in der Höhe des Zwerchfells entfernt.

Ein Messingbügel von einem Geldbeutel, der sich tief in die Oesophaguswand eingebohrt hatte und nur schwer entfernt werden konnte. Waggett.

---

e) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

51. Sitzung, 26. Juli 1909.

Neumayer: Ueber dynamometrische Untersuchungen am Kehlkopf.

Ein für die vorliegenden Verhältnisse construirtes Dynamometer wird nach Anästhesirung des Kehlkopfes zwischen die Stimmbänder in der Gegend der Processus vocales eingeschoben. Der Kraftaufwand, den die Schliessmusculatur des Kehlkopfes bei verschiedenen Functionen (Stimmbildung, Pressen, Husten) leistet, kommt auf das Dynamometer zur Einwirkung, wird nach aussen auf ein Manometer übertragen und in Millimeter Quecksilberdruck abgelesen.

Versuche, welche am normalen Kehlkopfe bei erwachsenen Personen angestellt wurden, ergaben, dass die Kraftentfaltung, welche der Kehlkopf bei Bildung der Sprechstimme aufzubringen hat, sehr gering ist. Je nachdem mit geringerer oder grössererKraft intonirt wurde, konnten Werthe abgelesen werden, die zwischen wenigen Millimetern bei gewöhnlicher Sprechstimme und 20—30 mm Quecksilbersilberdruck bei sehr lauter Phonation schwankten.

Sehr viel grössere Kraftleistungen ergaben die Messungen beim Pressen und Husten. Beim Pressen konnten Werte bis zu 220 mm Quecksilberdruck und darüber beobachtet werden.

Bei Versuchen, die an Personen mit Motilitätsstörungen des Kehlkopfes vorgenommen wurden, war eine deutliche Verminderung der Kraftleistung mit Hilfe des Dynamometers zu constatiren. Der Ausfall trat in diesen Fällen dann besonders auffällig in die Erscheinung, wenn ein grosser Kraftaufwand, wie er z. B. beim Pressen nothwendig wird, gefordert wurde.

Bei einseitiger Recurrenslähmung z. B. wurden beim Pressen Werthe beobachtet, die annähernd nur die Hälfte des Quecksilberdruckes erreichten, der an normalem Kehlkopf erzielt wurde.

Hoffmann: Ueber Thyreoidea accessoria intratrachealis.

25jährigesMädchen, das seit dem 5. bis 6. Lebensjahre an Athembeschwerden leidet, die mit dem Eintritt der Menstruation sich verstärkten. In letzter Zeit Erstickungsanfälle. Herz, Lunge und Mediastinum ohne Besonderheiten. Thyreoidea nicht vergrössert (Mutter und 2 Schwestern leiden an Athemnoth in Folge Struma). Larynx bezüglich Configuration, Farbe und Motilität der Norm entsprechend. Subglottisch sitzt auf der Rückwand anscheinend in der Höhe des 1. und 2. Trachealringes ein breitbasiger, gleichmässig halbkugelig geformter, anscheinend derber Tumor, der die Trachea bis auf einen schmalen, halbmondförmigen Spalt an der Vorderwand ausfüllt. Die Schleimhaut über der Geschwulst ist etwas röther als die der Trachea. Keine Ulceration, keine Glandulae. Das Röntgenbild (seitliche Aufnahme) zeigt den Tumor in deutlichster Weise. Die Diagnose: Thyreoidea accessoria intratrachealis wird durch die histologische Untersuchung des durch Crico-Tracheotomie gewonnenen Tumors bestätigt. Heilung. (Ausführlich in Zeitschrift für Ohrenheilkunde November 1909.)

Demonstrationen: Neumayer: Ein mit Ethmoidalisresection behandelter Asthmapatient.

Wanner: Fangvorrichtung am Barth'schen Adenotom.

Hoffmann: Totaldefect des Vomers bei Lues.

52. Sitzung, 25. October 1909.

Hecht: Rhino-laryngologisches vom Budapester Congress.

Nadoleczny: Referat über Privatgebührenordnung

53. Sitzung, 29. November 1909.

Enthält nichts Rhinolaryngologisches.

54. Sitzung.

Nadoleczny: Adenotomie und Sprachstörungen.

Von Sprachfehlern kann und soll nur die Rhinolalia clausa durch Adenotomie beseitigt werden, der sich eventuell eine sprachärztliche Behandlung anzuschliessen hat. Bei Stammeln und Stottern ist die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indicirt. Die Sprachstörungen der Schwachsinnigen bleiben wie deren geistiger Zustand durch die Adenotomie unbeeinflusst. Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns führt die Operation zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers. (Ausführlich publicirt in Münchener med. Wochenschr. 1909 No. 3.) Hoffmann (München).

III. Briefkasten.

Zur Frage der Internationalen Specialcongresse.

Herr O. Chiari hat in Angelegenheit der Internationalen Congresse von Herrn Hofrath A. Politzer (Wien) ein Schreiben erhalten, das wir hiermit auf seinen Wunsch zur Kenntniss unserer Leser bringen:

Geehrter Herr Collega!

Anlässlich des internationalen medicinischen Congresses in Budapest wurde ein von mehreren Mitgliedern des otologischen Congresses gestellter Antrag, dass der künftige int. otol. Congress von jetzt ab nicht mehr im Rahmen des int. med. Congresses abgehalten werde, nahezu einstimmig angenommen. Gleichzeitig wurde von der Mehrzahl der Mitglieder des otol. Congresses der Wunsch ausgesprochen, dass künftighin der int. otol. Congress gemeinsam mit dem int. laryngo-rhinologischen Congresse gleichzeitig am selben Orte tagen möge, um jenen Mitgliedern beider Congresse, welche sich mit beiden Specialfächern befassen, Gelegenheit zu geben, den Verhandlungen beider Congresse beiwohnen zu können.

Mit Rücksicht darauf, dass für den nächsten int. otol. Congress Boston bestimmt wurde, die Tagung des laryngo-rhinolog. Congresses an diesem Orte aber aus gewichtigen Gründen als nicht ausführbar erschien, wurde ein Beschluss über die gleichzeitige Tagung beider int. Specialcongresse nicht gefasst und eine principielle Beschlussfassung hierüber erst für den nächsten int. otol. Congress vorbehalten.

Auf Grundlage des von der Majorität des otol. Congresses in Budapest geäusserten Wunsches möchte ich meiner Ueberzeugung Ausdruck geben, dass auf dem nächsten, in Boston stattfindenden Congresse der Vorschlag, dass beide Congresse künftighin in Intervallen von 4 Jahren an einem und demselben Orte tagen sollten, mit überwiegender Majorität angenommen werden wird.

Da der nächste int. laryngo-rhinolog. Congress bereits 1911, der int. otol. Congress in Boston 1912 tagen wird, so wird es sich empfehlen, dass der vom int. Comité des laryngo-rhinolog. Congresses gefasste Beschluss dem Präsidenten Prof. Blake mit dem Ersuchen mitgetheilt werde, diesen Beschluss dem Plenum des otol. Conresses zur Annahme vorzulegen.

Ich selbst trete mit voller Ueberzeugung für die gleichzeitige Tagung beider Congresse ein und bin überzeugt, dass auch diejenigen, die sich nur der Otologie oder Laryngorhinologie widmen, diesem Beschlusse schon wegen der gemeinsamen Rhinologie zustimmen werden. Der Beschluss über die Zeiteintheilung bei den gleichzeitig tagenden Congressen, bleibt dem zunächst tagenden laryngo-rhinolog. Congresse in Berlin vorbehalten. Es dürfte sich als zweckmässig erweisen, die beiden Congresse auf 7 Tage anzuberaumen, von denen 3 Tage der Otologie, 3 Tage der Laryngologie zugewiesen werden, während der zwischen beiden eingeschaltete Tag zur Verhandlung gemeinsamer Themen bestimmt würde.

Um etwaigen Rivalitäten zu begegnen, wäre es zweckmässig in der Weise zu alterniren, dass die ersten 3 Tage einmal dem otol., am nächstfolgenden Congresse dem laryngol. Congresse zufielen.

Mit collegialer Hochachtung zeichne ich Ihr stets ergebener

Prof. Dr. A. Politzer.

Emanuel Z. Zaufal †.

Aus Prag kommt die Kunde von dem Ableben Zaufal's, eines der Veteranen der Otorhinologie. Zaufal war am 12. Juli 1833 zu Puschwitz in Deutsch-Böhmen geboren. Nach Beendigung seiner Studien, die er auf der K. K. medicinisch-chirurgischen Josephs-Academie zu Wien absolvirte, war er Schüler von v. Troeltsch. Im Jahre 1873 folgte er einem Ruf als ausserordentlicher Professor nach Prag und begründete an der Deutschen Universität daselbst das Lehrfach für Rhinologie und Otologie. Zaufal's Verdienst um die Rhinologie besteht darin, an dem Ausbau der Untersuchungsmethoden für Nase und Nasenrachenraum mitgewirkt und die rhinoskopischen Bilder auf eine anatomische Grundlage gestellt zu haben. Von Zaufal rührt auch die Bezeichnung „Rhinoskopia anterior" her; doch gebrauchte er sie nicht in dem heute gebräuchlichen Sinn, sondern verstand darunter die „Untersuchung des Nasenrachenraums von vorn durch die Nase". Auch war er neben Voltolini derjenige, der am eifrigsten der Aufnahme der kalten Drahtschlinge in das Rüstzeug des Nasenarztes das Wort geredet hat. Die hauptsächlichsten rhinologischen Arbeiten Zaufal's sind:

Die normalen Bewegungen der Pharyngealmündung der Eustachi'schen Röhre. Archiv f. Ohrenheilkde. 1875.

Ueber die Anomalien in der Bildung der Nasenmuscheln. Aerztl. Correspondenzblatt f. Böhmen. 1875.

Ueber die Untersuchung des Nasenrachenraums von der Nase aus, insbesondere mit trichterförmigen Spiegeln. Archiv f. Ohrenheilkde. 1877.

Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der kalten Drahtschlinge etc. Prager med. Wochenschr. 1877.

Die Plica salpingo-pharyngea. Archiv f. Ohrenheilkde. 1880.

Mnuelle Extraction eines aussergewöhnlich grossen Nasenrachenpolypen. Prager med. Wochenschr. 1903.

Finder.

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. H. Burger, ist zum auswärtigen correspondirenden Mitglied der Kgl. Belgischen Academie der Medicin ernannt werden.

Den Privatdocenten Dr. Dreyfuss in Strassburg und Dr. Boeninghaus in Breslau ist das Prädicat Professor verliehen worden.

Prof. S. Citelli hat einen Lehrauftrag für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Catania erhalten. Es ist dies der erste von der italienischen Regierung auf Sicilien errichtete Lehrstuhl für das Specialfach.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. **Berlin, April.** **1910. No. 4.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **James J. Walsh. Die ärztliche Kunst vor 6000 Jahren. (The medical profession for 6000 years.)** *N. Y. Medical Journal. 28. August 1909.*

Eine der ersten Nachrichten über Rhino-Laryngologie betrifft einen der ägyptischen Könige circa 4000 v. Chr. Ein Arzt heilte ihn von einer langdauernden Nasenkrankheit, die, wie es scheint, eine Behinderung der Athmung zur Folge gehabt hatte. LEFFERTS.

2) **Frank Allgwot. Ein Wort für die systematische und allgemeine Untersuchung von Auge, Ohren, Nase und Hals bei Schulkindern. (A plea for the systematic and universal examination of shool childrens eyes, ears, noses and throats.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association. 15. August 1909.*

Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

3) **Die Gemeindeschulen zu Stockholm.** *Bericht für das Jahr 1908. Stockholm 1908.*

Von den Specialisten für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten wurden 3884 Kinder untersucht; von diesen litten 322 (8,3 pCt.) an Schwerhörigkeit, 376 (9,7 pCt.) an Ohrenentzündungen, 197 (5,1 pCt.) an chronischen Nasenkrankheiten, 444 (11,4 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 748 (19,5 pCt.) an vergrösserten Gaumenmandeln. E. STANGENBERG.

4) **Baumgarten** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang der oberen Luftwege und der Erkrankungen der Nieren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1909.*

Bemerkungen über die Anämie der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes, ihr manchmal wachsartiges Aussehen, über Blutungen aus der Nase — besonders bei Kindern —, über das Oedem der Schleimhäute der oberen Luftwege, Tonsillitiden etc. HANSZEL.

5) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.** (Nach einem auf der 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 1909 gehaltenen Vortrage.) *Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 10. 1909.*

Eingehendes, mit klinischen und statistischen Daten belegtes Referat über obiges Thema, das zu kurzer Besprechung sich nicht eignet.

HECHT.

6) **W. D. Markusow. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen bei Kindern. (Ob inorodnich telach dichatelnich putei w detal.)** (Aus dem Kinderkrankenhause St. Olga in Moskau.) *Chirurgia. No. 136. April 1908.*

In der Zeit von 1887—1907 kamen 50 Fälle zur Beobachtung. In 86 pCt. aller Fälle erwiesen sich die Fremdkörper als Samen der Sonnenblume (bekanntlich werden diese Samen in grossen Mengen in Russland von den unteren Volksschichten verzehrt). Nach dem Alter vertheilen sich die Fälle: 38 pCt. bei Kindern von 9 Monaten bis 2 Jahren, 54 pCt. von 2—6 Jahren und 8 pCt. von 6—8 Jahren.

Bei 45 Kindern wurde die Tracheotomie gemacht, wobei die Fremdkörper in 52 pCt. bei der Operation aufgefunden wurden. In anderen (10 pCt.) Fällen wurden dieselben nachher durch die Canüle ausgehustet (in einem Falle sogar nach 30 Tagen). Mortalität 20 pCt.

Zu oft verursachen die Fremdkörper ernste, ja tödtliche Störungen in den Athmungsorganen, welche durch die Tracheotomie nicht beseitigt werden können. Zur Feststellung der Localisation und zur Therapie der Fremdkörper verspricht sich Verf. viel von der Bronchoskopie, die leider in keinem der citirten Fälle ausgeführt wurde.

P. HELLAT.

7) **Marschik** und **Vogel** (Wien). **Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen mit besonderer Berücksichtigung der Oesophagotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 41. 1909.*

Da vom Standpunkte des allgemein practicirenden Arztes die Tracheoskopie und Oesophagoskopie wegen der speciellen Technik und des grossen Apparates nicht in Betracht kommt, bleibt in vielen Fällen als zuverlässigste Methode die radicale Eröffnung der Speiseröhre über dem steckengebliebenen Fremdkörper, wofür einige erfolgreiche Beispiele aus der I. chirurgischen Klinik in Wien angeführt werden.

CHIARI.

8) **F. Hawkins. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. (On foreign bodies in the air passages.)** *Med. Magazine. Vol. VIII. p. 555.*

Verf. führt einige interessante Fälle an, die vor Einführung der hier nur kurz erwähnten Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie mit Erfolg behandelt wurden.

JAMES DONELAN.

9) **F. P. C. Demorest. Chloroformnarkose bei Halsoperationen. (Chloroform anaesthesia in throat operations.)** *N. Y. Medical Journal. 20. October 1909.*

Verf. hält Chloroform für das das beste Narkoticum bei Adenoidoperationen, wenn es sich um Kinder unter 12 Jahren handelt, da Aether die Athmungsorgane zu sehr reizt und massenhafte Schleimabsonderung bewirkt.

LEFFERTS.

10) **Fröhlich. Schädliche Wirkung des Orthoform auf das Blut.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. December 1909.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 52. 1909.*

Das Oxyhämoglobin wird in Methämoglobin verwandelt. Vergiftungserscheinungen, Schwindel, Schüttelfrost, Urticaria. Warnung vor Anwendung auf blutende Flächen, dagegen empfehlenswerth als anäthesirendes Mittel. In der Discussion wurden die Bedenken getheilt, aber auch das Orthoformum novum, als schwerer lösliches Präparat, empfohlen. HANSZEL.

11) **Bonain. Einige Bemerkungen, das Anästheticum Liquor Bonain betreffend. (Quelques reflexions concernant l'anesthésique dit: Liquide de Bonain.)** *Revue hebdomadaire de Laryngologie etc. No. 50. 1909.*

In Frankreich schon seit Ende der 90er Jahre als Anästheticum der Nase und namentlich des Ohres in Gebrauch, ist die von Bonain angegebene Mischung in Deutschland weniger bekannt, trotzdem sie zur örtlichen Anästhesie sehr empfehlenswerth ist. Die ursprüngliche Formel ist in letzter Zeit durch Zuthat von Adrenalin modificirt worden und lautet jetzt wie folgt:

Acidi carbolici purissimi 1,0,
Mentholi crist. 1,00,
Cocaini muriatici 1,00,
Suprarenini muriatici 0,001.

Verwendet man nur reine Carbolsäure und mischt man die Mischung ohne Zuthat von Alkohol, so erhält man eine syrupöse, gut haltbare Flüssigkeit, die nicht caustisch und ausgezeichnet anästhetisch wirkt. Wir schliessen uns in diesem Urtheil ganz den Angaben Bonain's an, würden jedoch bei Anwendung im Larynx (z. B. behufs Cauterisation) zur Vorsicht mahnen. Bonain verwendet, wie er behauptet, seine Mischung schon seit Jahren, ohne den geringsten Nachtheil bemerkt zu haben. LAUTMANN.

12) **A. Fröhlich** und **O. Loewi. Ueber die Steigerung der Adrenalinempfindlichkeit durch Cocain.** (Aus dem pathologischen Institut zu Wien.) *Archiv f. experimentelle Pathol. u. Pharmakologie. Bd. 62. Heft 2.*

An sich ganz unwirksame Gaben von Cocain steigern in hohem Maasse die Adrenalinwirkung, und zwar nach Intensität wie Dauer. SALZBURG.

13) **Haudek** (Wien). **Ueber Dysphagietabletten.** *Klinisch-therapeut. Rundschau. No. 4. 1909.*

Empfehlung von Dr. Treitel's Tabletten, welche Cocain. mur. 0,005 und Menthol. pur., Anästhesin aa 0,01 enthalten und durch ein Corrigens schmackhaft gemacht sind. CHIARI.

14) **B. Fränkel** (Berlin). **Demonstrationen für die Röntgendurchleuchtung der Nebenhöhlen und der oberen Respirationsorgane.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1908.*

Demonstration von Platten mit gesunden und eiterhaltigen Nebenhöhlen. Aufstellung des Satzes: wenn man keine Verdunkelung einer Nebenhöhle im

Röntgenbild bekommt, dann ist auch keine Erkrankung derselben vorhanden. Dagegen kann eine Verdunkelung einer Höhle auch allein hervorgerufen werden durch periostale oder Knochenverdickungen, braucht nicht auf einer Eiterung zu beruhen.

Weiterhin Vorführung von Röntgenbildern von Tumoren der Nasenhöhle, Nasenhöhlen mit Tampons, mit grossen Polypenmassen — kleinere sind nicht sichtbar — und mit Projectilen. Zuletzt Bilder von Mediastinaltumoren, Aneurysmen, substernalen Strumen und eines mit Wismutbrei gefüllten Oesophagusdivertikels.

In der Discussion bemerkt Steyrer (Berlin), dass leicht auf der Platte bei einer Oesophagusstenose der dünne Wismutschatten unterhalb der über der Stenose liegenden Ausbuchtung übersehen werden und damit ein Oesophagusdivertikel vorgetäuscht werden könne. E. Meyer (Berlin) bemerkt, dass im vorliegenden Fall besonders darauf — mit negativem Erfolg — geachtet wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

15) **B. Fränkel** (Berlin). **Ein Halator.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2107. 1908.*

Ein zur Vergasung flüchtiger Medicamente (Menthol, Eucalyptol, Ol. pini, Thymol, Perubalsam, Carbolsäure) bestimmter, sehr einfacher und billiger Apparat (Preis M. 2,25, Lieferant H. Windler-Berlin). Verf. berichtet über sehr günstige Erfolge, die er durch consequente Anwendung von Mentholdämpfen während der ganzen Nacht bei Larynx- und Lungenphthise erzielt hat. ZARNIKO.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **A. Alexander** (Berlin). **Accidentelle Vaccination am Naseneingang.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. S. 2163. 1908.*

Vorstellung eines Falles, des sechsten überhaupt publicirten, in der Berl. med. Gesellschaft. ZARNIKO.

17) **E. Baumgarten** (Budapest). **Fall von Malum perforans alae nasi.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1909.*

Auf dem Nasenrücken ist links ein 3 cm langer, 1,5 cm breiter, halbmondförmiger Substanzverlust sichtbar, welcher sich seit 3 Jahren langsam, schmerzlos und ohne Verletzung gebildet hat. Patient leidet an Tabes dorsalis. Das Geschwür ist in Folge trophischer Störung entstanden. v. NAVRATIL-POLYAK.

18) **Otto J. Freer. Dilatirte Venen auf der äusseren Nase und dem Septum; ihre permanente Verödung mittels der galvanischen Nadel. (Dilated veinlets upon the external nose and septum; their permanent closure with the positive galvanic needle.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Die Stärke des Stromes soll 2—5 Milliampères betragen; je schwächer der Strom, desto länger muss die Applicationszeit dauern. Die elektrolytische Wirkung kann dadurch verstärkt werden, dass die Hand fest gegen die Elektrode gedrückt wird; sie wird abgeschwächt, wenn der Druck nachlässt. Der Patient kann so selbst die Wirkung controliren; seine Hand wirkt gleichsam wie ein Rheostat.

Die Nadel wird erst in das periphere Ende der Vene eingestochen und wird in kleinen Abständen weiter seiner ganzen Länge folgend eingestochen.

EMIL MAYER.

19) **Leischner. Rhinoplastik aus der Brusthaut.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 7. Januar 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1910.*

Demonstration zweier Fälle: Ueberpflanzung eines trapezförmigen Lappens sammt subcutanem Bindegewebe aus der Brusthaut auf den linken Arm — Hautbrücke. Der Lappen wurde 3 Monate lang der Schrumpfung überlassen und dann an der Nasenstelle zur Anheilung gebracht. Vier Monate später wurde dann die Bildung der Nase, in einem Falle sammt dem Septum, vorgenommen.

HANSZEL.

20) **P. Zenker** (Magdeburg). **Ueber eine neue Nasenschiene.** *Mit 1 Abbild Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Die aus Neusilber gefertigte Schiene „besteht aus zwei winkelförmig zusammenhängenden Schenkeln, die elastisch nach aussen federn". „Das winkelförmige Ende ist für den hinteren Theil des unteren Nasenganges bestimmt, das elastisch auseinanderklaffende für den vorderen, und zwar so, dass das leicht nach aussen umgebogene Ende der Nasenscheidewand, das gerade verlaufende dem Septum anliegt." Die von Pfau (Berlin) angefertigte Schiene wird nach intranasalen Operationen in den unteren Nasengang eingeführt und dient zur Verhütung von Verwachsung benachbarter Flächen, sowie zur Freihaltung der Nasengänge für Reinigung und Respiration. Etwa nöthige Tamponade kann gleichzeitig vorgenommen werden, „der Tampon ohne Lageveränderung der Schiene und Alteration des geschienten Patienten entfernt werden". „Die breiteren Nummern der Schiene lassen sich auch gut nach der Fensterresection des Septum zum Antamponiren des Schleimhautlappens verwenden."

HECHT.

21) **O. Muck** (Essen). **Die Schleimhaut der Nasenscheidewand, eine besonders geeignete Stelle für die Blutentnahme zu der Wassermann'schen Reaction und zu anderen serologischen Untersuchungszwecken.** *Münch. med. Wochenschr No. 45. 1909.*

Muck empfiehlt die oberflächlichen Halsvenen mit dem Bier'schen Stauband zu comprimiren und dann den Loc. Kieselbachii leicht anzuritzen; in ca. 3 Minuten tropfen hier bis zu 20 ccm Blut ab. Die Blutung steht entweder mit Abnahme des Staubandes von selbst oder auf H_2O_2-Tamponade. Diese Methode ist einfacher und technisch leichter, wie die üblichen.

HECHT.

22) **Ludwig Reinhardt. Eine Vergiftung mit unreifem Nieswurzsamen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Das 7jährige Töchterchen des Verf.'s spielte kurze Zeit mit dem Samen einer fructificirenden Staude des weissen Niesswurz. Nach kurzer Zeit „begannen sämmtliche damit in Berührung gekommenen Fingerspitzen der rechten Hand stark zu brennen an und es entwickelten sich grosse, mit gelblichem Serum gefüllte Blasen", die unter Schutzverband nach 8 Tagen abheilten. Einige Tage nach der

Blasenbildung an den Fingerspitzen stellte sich allgemeines Unwohlsein mit Appetitlosigkeit und mässigem Fieber ein, und es bildeten sich an der Zungenspitze, am Gaumen und am Zahnfleisch zahlreiche ebensolche, mit Serum gefüllte, äusserst schmerzhafte Blasen, so dass bei grosser Mattigkeit und Kopfschmerzen das Kind fast 8 Tage fast keine Nahrung zu sich nehmen konnte. Das Kind versicherte bestimmt, dass es die Samen niemals in den Mund genommen habe. Wahrscheinlich griff es mit den beschmutzten Fingern in den Mund und zog sich auf diese Weise die starke Schleimhautentzündung und die allgemeine Vergiftung zu. Anschliessend Erörterungen über die chemischen und toxischen Bestandtheile des Helleborus viridis.

HECHT.

23) **Willis S. Anndersonn. Locale und allgemeine durch Nasenverstopfung bedingte Zustände. (Local and systemic conditions due to nasal obstruction.)** *Journal of the American Medical Association. 20. November 1909.*

Verf. hat bei einer Anzahl von Thieren Untersuchungen über Nasenverstopfung angestellt. Völliger Verschluss der Nasenlöcher bei Meerschweinchen hat Tod innerhalb 24—48 Stunden zur Folge; partieller Verschluss bewirkt den Tod innerhalb einiger Tage bis mehrerer Monate je nach dem Grade des Verschlusses, dem Alter und der Widerstandsfähigkeit der Thiere. Ratten starben bei Verschluss eines Nasenloches, nachdem sie ungefähr die Hälfte an Gewicht verloren harten. Partieller Verschluss der Nase bei Hunden erzeugt Erscheinungen von Asthma und Emphysem. Die Widerstandsfähigkeit jüngerer Hunde wird soweit herabgesetzt, dass sie an Infection zu Grunde gehen und fast in jedem Falle werden die Lungen erkrankt gefunden. Junge Hunde, die von einer Mutter mit aufgehobener Nasenathmung geboren wurden, zeigten herabgesetzte Lebenskraft, Haarausfall etc. und starben bald.

EMIL MAYER.

24) **Rob. Foy. Die functionelle Undurchgängigkeit der Nase und ihre Behandlung durch die Athmungsübungen. (L'imperméabilité fonctionnelle nasale; son traitement par la rééducation.)** *Revue hebdomad. de laryngologie etc. No. 48 1909.*

Einleitend wiederholt der Autor die klassischen Erfahrungen über mechanische und functionelle Undurchgängigkeit der Nase und die schädliche Wirkung der Mundathmung. Die functionelle Nasenundurchgängigkeit theilt Foy ziemlich willkürlich in zwei Formen ein, von denen er die eine die Insufficienz, die andere die Impotenz nennt. Diese letztere zeigt sich gewöhnlich erst nach der ersten Jugend oder auch erst im späteren Alter, zu einer Zeit, wo das Knochengerüst der Nase und auch der Brust seine volle Entwickelung erreicht hat. Die Ursache dieser Impotenz liegt in einer nervösen Störung des normalen Athemrhythmus im Bereich des Bulbus und der psychischen Centren. Zur Behandlung übergehend ist selbstverständlich, dass die mechanischen Störungen vorerst entfernt sein müssen, bevor man an die verschiedenen Formen der Athemgymnastik gehen kann. Aber dann auch, scheint es, sind die Resultate nicht immer so ausgezeichnet, wie man nach den letzten diesbezüglichen Publicationen glauben sollte. Jedenfalls findet Foy, dass das zu Gebote stehende Arsenal an technischen Hülfsmitteln zu

gering ist und deshalb fügt er ein neues Instrument hinzu, von dem man gewiss voraussagen kann, dass, wie auch seine praktische Brauchbarkeit sein wird, es nicht in Jedermanns Ordinationsraum stehen wird. Der Apparat besteht aus einem Behälter von comprimirter Luft, aus einem Spüler, um die Luft von Verunreinigungen zu waschen, aus speciellen Nasenoliven und einer eigenen Luftsaugevorrichtung für diese Oliven. Es scheint, dass die Technik des Apparates sehr einfach ist. Wie dem auch sei, man wird gestehen, dass man Fortschritte gemacht hat in diesem Capitel seit der Zeit, wo die Correction der functionellen Nasenunwegsamkeit in einfachen Respirationsübungen bestanden hat. LAUTMANN.

25) **Bryan Sheedy. Vasomotorische Nasenverstopfung. (Vasemotor nasal obstruction.)** *The Post-Graduate. August 1909.*

An Stelle der Galvanokaustik der unteren Muschel stichelt Verf. mit einem lanzettförmigen Messer die Muschel an 10—20 Stellen. Er hat mehr als hundert Patienten auf diese Weise mit gutem Resultat behandelt. EMIL MAYER.

26) **Schönemann** (Bern). **Die (nicht tuberculöse) Lungenspitzeninfiltration als Folge behinderter Nasenathmung.** *Revue Suisse de médecine. No. 2. 1909.*

Verf. hat, angeregt durch die Arbeiten Krönig's, bei einigen eigenen Fällen seine Aufmerksamkeit auf den Mechanismus gelenkt, der bei behinderter Nasenathmung zu der von oben genanntem Autor beschriebenen Lungeninduration führt. Im Gegensatz zu Krönig kommt Sch. zu dem Schlusse, dass die Mundathmung eine Stenosenathmung mit vergrössertem, nicht verkleinertem, inspiratorischem Widerstand sei. So entsteht bei der Einathmung ein negativer Druck in der ungünstiger gestellten Lungenspitze. Dieselbe wird dadurch eingezogen, ihr Gewebe luftleer verdichtet, wobei sie katarrhalisch erkrankt und allmählich verdichtet (Retractionsinduration). Das Umgekehrte geschieht mitunter bei Leuten von plethorischem Habitus mit chronischen Halskatarrhen, bei welchen infolge beständigen Räusperns und Hustens und forcirter Exspirationen die Lungenspitzen durch Ueberdruck aufgebläht werden. Die nicht tuberculöse Spitzeninfiltration charakterisirt sich durch das Fehlen von Fieber, Abmagerung, Nachtschweissen und durch Erhaltensein des Wohlbefindens. JONQUIÈRE.

27) **Paul Viollet. Cystische recidivirende Nasenpolypen, ihrer Structur nach scheinbar vom Sinus maxillaris ausgehend. (Polypes kystiques du nez à répétitions donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant par leur structure avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire.)** *Revue hebdomadaire. No. 32. 1909.*

Genaue Beschreibung eines Falles von Polypose der Nasenhöhle, die vielfach recidivirend und mit reichlicher Hydrorrhoe einhergehend vielfache intranasale Operationen nothwendig machte. Der Sinus wurde nicht eröffnet, was voraussichtlich radicale Heilung herbeigeführt hätte, da seit Killian's und Ino Kubo's Fällen feststeht, dass die Choanalpolypen nichts anderes als Ausstülpungen der entzündeten Kieferhöhlenschleimhaut sind. LAUTMANN.

28) **Font de Boter** (Barcelona). **Möglichkeit des Zurückgehens von malignen Geschwülsten unter dem Einfluss von ultra-penetrirenden Bestrahlungen mit Radium. (Possibilidad de regression de los tumores malignos bajo la influencia de las radiaciones ultra-penetrantes del radium.)** *Revista barcelonesa de Laringologia. März 1909.*

Es handelte sich um einen inoperablen Nasentumor; schliesslich wurde die Anwendung des Radiums beschlossen. Es wurde in 30 Sitzungen, deren jede $^1/_2$ Stunde dauerte, angewandt; die zur Verfügung stehende Menge Radium betrug 2 ccm mit 500000 Activitäten. Von der 11. Sitzung an konnte man eine Verkleinerung der Geschwulst constatiren, nach 30 Sitzungen war die Besserung offensichtlich. Der Tod trat unter Gehirnsymptomen ein. TAPIA.

29) **G. C. Hall. Bericht über drei ungewöhnliche Fälle von Nasenkrankheiten. (Report of three unusual cases of nasal diseases.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

I. Septumresection complicirt durch Syphilis.

II. Septumresection bei Antrumeiterung.

III. Grosser Nasenrachenpolyp. EMIL MAYER.

30) **H. Bell Tawse** (London). **Einige Complicationen und Gefahren der Nasenchirurgie. (Some complications and dangers of nasal surgery.)** *Lancet. 27. November 1909.*

Verf. giebt eine instructive Uebersicht über die mannigfachen Zufälle und Gefahren, die sowohl dem geschickten wie dem ungeschickten Nasenchirurgen passiren können. Verf. versteigt sich zu der Behauptung, dass Curettage des Siebbeins die einzige Methode sei, die sich bei Nasenpolypen lohne; dann führt er zwei Fälle an, die er zwar nicht selbst behandelt, aber beobachtet hat, in welchen jene Operation die directe Todesursache war. WATSON WILLIAMS.

31) **Sprenger** (Stettin). **Ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenleiden.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2063 1908.*

Verf. hat hellgelbe Schwammgummikugeln, die zeitweilig in den Naseneingang gelegt werden, auf Grund theoretischer Erwägungen (denen Ref. sich nicht durchweg anschliessen kann) und practischer Erfahrungen bei einer ganzen Reihe von Nasenerkrankungen (beim chronischen Katarrh der Nase und des Rachens, bei der Ozaena, bei der Nachbehandlung nach Nasenoperationen, dem Heufieber, der Ansaugung der Nasenflügel) bewährt gefunden und glaubt, dass sie vielleicht auch als Ersatz für die Saugmaske nach Kuhn und beim Aufenthalt in staubiger Luft nützlich sein können. ZARNIKO.

32) **Lermoyez** und **Aubertin** (Paris). **Ueber die Giftigkeit des Adrenalins bei Einträufelungen in die Nase. (Sur la toxicité de l'adrénaline en instillations nasales.)** *Société médicale des hôpitaux. 28. Mai 1909.*

Verff. haben Adrenalin beim Kaninchen in erheblichen Mengen lange Zeit hindurch (9 Monate lang) in die Nase geträufelt; sie haben weder Asthma, noch Arteriosklerose hervorgerufen; man constatirte eine Hypertrophie des Herzens ohne

Nierenaffection, aber mit Hyperplasie der Nebennieren in einem an acutem Lungenödem zu Grunde gegangenen Fall.

Local haben die Autoren einfach etwas Gefässsklerose der Hypophysis oder Congestion gefunden. GONTIER de la ROCHE.

33) **Armand Delille. Asphyxie nach Instillationen von Mentholöl in die Nase bei einem Säugling. (Asphyxie par instillation nasale d'huile mentholée chez un nourrisson.)** *Société de Pédiatrie. 29. Januar 1909.*

Es trat ein Spasmus glottidis auf, der sehr bedrohlich schien. Der Zustand ging zurück, nachdem rhythmische Tractionen der Zunge gemacht waren.

A. CARTAZ.

34) **Canalejo** (Madrid). **Pulvereinblasungen bei Nasenkrankheiten. (Las pulverizaciones en las afeciones nasales.)** *Siglo Medico. November 1908.*

Verf. zieht Pulverinsufflationen allen anderen Applicationsmethoden, vor allem den Ausspülungen vor, da sie das Mittel in alle Theile tragen, ohne Complicationen seitens des Mittelohrs oder der Nebenhöhlen hervorzurufen. TAPIA.

35) **Schoenaich. Ueber das häufige Vorkommen und die Erscheinungen der adenoiden Vegetationen bei Kindern. (O czestosci wysteporania i objarach wyresli gruczolowatych jamy noso-gardlewej w dieci.)** *Przeglad pedyatryczny. No. 1. 1909.*

Nachdem der Verf. in einer ausführlichen Arbeit den gegenwärtigen Stand der Frage und eigene sehr zahlreiche Casuistik (200 Fälle) besprochen hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: Es besteht kein directer Zusammenhang und keine Abhängigkeit zwischen Vegetationen und geistiger Entwickelung bei Kindern. Die Mehrzahl der den Vegetationen zugeschriebenen krankhaften Erscheinungen ist von denselben nicht direct abhängig, sondern sie hängen theils von dem zugleich bestehenden Leiden, theils von einer Grundkrankheit ab, von deren Erscheinungen die eine eben in den Vegetationen besteht. Jeder Fall muss genau individualisirt werden, um genau zu entscheiden, welche Erscheinungen direct von den Vegetationen und welche von dem zugleich vorhandenen Leiden oder von der Grundkrankheit abhängen. Bei der Behandlung muss man das Hauptgewicht auf das Grundleiden (Syphilis, Rachitis, Tuberculose, psychoneuropathische Anlage) legen und das operative Verfahren wird auf diese Weise sehr beschränkt und die Hauptindication zu einer Operation werden nach Verf. bedeutend erschwertes Athmen und Gehörstörungen bilden. A. v. SOKOLOWSKI.

36) **Roland Godfrey Freeman. Adenoide Wucherungen während des ersten Lebensjahres und ihre Behandlung. (Adenoid hypertrophy during the first year of life and its treatment.)** *Journal American Association. 21. August 1909.*

Uebersicht über die Indicationen zur Operation: Schnarchen, Mundathmung, häufig wiederkehrende Erkältungen und Complicationen, wie Otitis media.

EMIL MAYER.

37) **Harold Hays. Die Diagnose der Adenoiden bei Kindern und Erwachsenen. (The diagnosis of adenoids in children and in adults.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. August 1909.*

Vorliegende Arbeit basirt auf Untersuchungen, die Verf. mit seinem „Pharyngoskop" angestellt hat. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die gewöhnlichen Untersuchungen auf adenoide Wucherungen sind unzulänglich.

2. Mittels des Pharyngoskops kann eine oculare Untersuchung auf Adenoide gemacht werden.

3. Adenoide brauchen nicht jeder Zeit complete Nasenverstopfung zu verursachen.

4. Mundathmer haben nicht immer Adenoide.

5. Eine kleine oberhalb der oberen Partie des Septums gelegene Wucherung macht häufig Erscheinungen eines sogenannten Katarrhs.

6. Eine nahe dem Tubenwulst gelegene Wucherung, die oft übersehen wird, verursacht oder verschlimmert häufig eine Mittelohrerkrankung. EMIL MAYER.

38) **Hugo Neumann** (Wien). **Ein neues Adenotom.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1909.*

N. liess eine kleine, dreizinkige, mit Widerhaken versehene, kurzstielige Gabel mittels eines Charniers an dem Beckmann'schen Adenotom derartig anbringen, „dass eine Abknickung der Gabel erst nach Eindringen derselben in den Tumor möglich ist, und dass das Messer an der in denselben eingespiessten Gabel, beim Abschneiden desselben, vorbeigleiten kann". Autor entfernt die Rachentonsille in einem Zuge, ein Herausfallen derselben ist durch die Anbringung der Gabel unmöglich. Anschliessend schildert N. ausführlich die von ihm bei Ausführung der Operation angewandte Technik. Die einleitenden Bemerkungen, dass „die adenoiden Vegetationen jetzt fast durchwegs mit Ringmessern operirt werden", dürften wohl von mancher Seite Widerspruch erfahren. HECHT.

39) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenrachenfibrome.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1909.*

K. empfiehlt für die meisten Fälle als Operation die partielle Resection des Oberkiefers und des Nasenbeins und verhütet durch eine elastische Ligatur nahe dem Stiele des Tumors die sonst stets zu erwartenden starken Blutungen bei der Operation. CHIARI.

40) **Goris. Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (Un cas de fibrome naso-pharyngien.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 13. 1909.*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie vom 27. Februar 1909 stellte G. ein Kind vor, bei welchem er vermittelst der Scheere unter Leitung des Fingers vom Munde aus ein Nasenrachenfibrom von der Grösse eines Taubeneis hatte entfernen können. PARMENTIER.

41) **Escat. Ueber die Indicationen der Methode des natürlichen Weges oder des transfacialen Weges zur Exstirpation der Nasenrachenfibrome. (Indication de la voie naturelle ou de la voie transfaciale pour l'exstirpation des fibromes naso-pharyngiens.)** *Archives internat. de laryngol. Tome XXVIII. No. 5.*

Ein näheres Eingehen auf diesen (für den Budapester Congress bestimmten, aber dort nicht gehaltenen) Vortrag empfiehlt sich schon deshalb, weil mannigfache, dem nicht französischen Leser wahrscheinlich unbekannte Punkte zur Besprechung kommen. Zunächst, was den Ausgangspunkt dieser Tumoren anlangt, muss die klassische Meinung, dass dieselben von der Basis des Keilbeins ihren Ursprung nehmen, als falsch aufgegeben werden. Jacques hat endgültig (1908) den Beweis erbracht, dass der sogenannte Nasenrachentumor in seinem ersten Anfange ein nasaler Tumor ist und seinen Ursprung im Recessus sphenoethmoidalis nimmt.

Ein neuer Fall, den Escat mittheilt, und den er Gelegenheit hatte, in der ersten, noch nasalen Phase zu beobachten und intranasal zu operiren, zeigte wieder diesen charakteristischen Ausgangspunkt von der Sphenoethmoidalgegend. Mit diesem Ausgangspunkt stimmt auch gut überein, dass der Tumor hauptsächlich links sitzt (11 mal links und nur 1 mal rechts bei Escat) und nicht eine mediane Position einnimmt.

Was die Operationsmethoden anlangt, so schien es a priori wichtig zu sagen, dass man bei kleinen Nasenrachenfibromen, die noch circumscript sind, am besten auf dem natürlichen Wege durch den Rachen operirt, und dass man den Tumor auf künstlichem, dem transfacialen Wege (Moure) anzugehen hat, wenn er sich verzweigt und in die Nase Sprossen getrieben hat. Die oben auseinandergesetzte Entstehungsart zeigt deutlich, dass bei kleinen im Anfange stehenden Tumoren hauptsächlich der Nasenweg in Betracht kommt, und so hat auch Escat den kurz mitgetheilten Fall operirt. Manchmal ist Abtragung der Muscheln nöthig, um sich Zugang zu verschaffen. Ist der Tumor im Rachen, so muss er natürlich auf dem pharyngealen Wege angegriffen werden. Aber hierzu eignen sich die bisher gebrauchten Zangen wenig, und Escat giebt zwei neue gezähnte Zangen an, mit denen man gut an den Ausgangspunkt der Tumoren soll gelangen können. Selbstverständlich giebt es Fälle, wo die beiden Methoden, die transfaciale und die auf natürlichem Wege, vereint werden müssen; es wird aber kaum noch dazu kommen, grosse verstümmelnde Operationen, wie z. B. Resection des Oberkiefers zur Entfernung von Nasenrachenpolypen, auszuführen. Die grossen verstümmelnden Operationen tödten oft die Patienten durch den Shock, lassen Entstellungen zurück und bieten absolut keine Garantie gegen Recidive. Zum Schluss giebt Escat eine Statistik der 11 von ihm behandelten Fälle von Nasenrachenfibrom, davon nur 3 Fälle radical geheilt. Ein Fall ist wahrscheinlich als geheilt zu betrachten. Von den übrigen ist ein Fall an Shock gestorben nach Resection des Oberkiefers.

LAUTMANN.

42) **A. Seitz. Zur Casuistik der Nasenrachenfibrome.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Verf. theilt 3 Fälle von Nasenrachenfibrom mit, die auf der Klinik von Prof. Trendelenburg in den Jahren 1906 und 1908 operirt wurden. Um bei Blut-

aspiration rasch die Tracheotomie ausführen zu können, wurde bei allen drei Fällen die Luftröhre freigelegt, aber nicht eröffnet.

Bei Fall 1 (12jähriger Knabe) war der Tumor äusserlich in der linken Schläfengegend sichtbar. Temporäre Resection des Jochbogens.

Bei Fall 2 (14jähriger Knabe) musste, da der Tumor sowohl in die Nasenhöhle als auch nach der Aussenseite des Gesichtsschädels gewachsen war, die temporäre Oberkieferresection vorgenommen werden.

Bei dem 3. Fall (18jähriger Mann) war das Fibrom noch auf den Nasenrachenraum beschränkt. Es wurde die alte Manne'sche Voroperation (Spaltung des Gaumensegels in der Medianlinie) zu Hülfe gezogen und dann mit starken Sequesterzangen das Fibrom von seiner Insertionsstelle entfernt.

Heilung in allen 3 Fällen.

OPPIKOFER.

43) **J. Lachmann. Untersuchungen über die latente Tuberculose der Rachenmandel mit Berücksichtigung der bisherigen Befunde und der Physiologie der Tonsillen.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Verf. fand eine latente Tuberculose der Rachenmandel unter 46 Fällen einmal (2,2 pCt.).

L. hat alle Untersuchungsergebnisse, die er in der Literatur bezüglich der Häufigkeit der latenten Rachenmandeltuberculose fand (28 Autoren), in einer Tabelle zusammengestellt. Bei diesem Gesammtmaterial von 2065 Fällen wurde eine latente Tuberculose der Rachenmandel in 89 Fällen (4,3 pCt.) nachgewiesen. Diese Procentzahl ist im Verhältniss zu den sonstigen tuberculösen Veränderungen, wie sie bei Sectionen gefunden wurden, gering. Der die Lymphocyten durch das Epithel an die Oberfläche befördernde Saftstrom giebt der Rachenmandel eine Schutzkraft, die ein Eindringen der Bakterien in den Organismus an dieser Stelle verhindert.

OPPIKOEER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Leuwer** (Bonn). **Versuche über den Schluckweg.** *Wiener klin. Rundschau. No. 3ff. 1910.*

Literaturangaben sowie Beschreibung eigener Versuche an Menschen und Kaninchen, wonach zum Schluckweg ausser der Zunge noch die Valleculae glosso-epiglotticae, die Recessus piriformes mit den Ligg. aryepigl. und den Aryknorpeln gehören. Von der Epiglottis kommt höchstens der linguale Antheil des freien Randes in Betracht. Die Speisen gleiten gewöhnlich nicht über den Kehlkopf, sondern in den erwähnten Seitenrinnen. Operationen im Recessus piriformis sollen möglichst vermieden werden.

CHIARI.

45) **Paul Preiswerk** (Basel). **Ein Beitrag zu den Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1909.*

Preiswerk bespricht die verschiedenen Zahnerkrankungen, die zu Trigeminusneuralgien Veranlassung geben können, und berichtet anschliessend über zwei Fälle, bei denen — nur mittels der Röntgenphotographie nachweisbare —

im Oberkiefer retinirte Zapfenzähne neuralgische Schmerzen auslösten, die nach operativer Entfernung der Zähne sistirten. HECHT.

46) **Gaucher, Wickam, Degras. Radiumbehandlung eines fibro-skleretischen, die Lippe deformirenden Bandes. (Traitement par le radium d'une bride fibro-scléreuse déformant la lèvre.)** *La Clinique. 7. October 1909.*

Verf. macht auf die selective Wirkung des Radiums auf keloides Gewebe aufmerksam; diese Wirkung zeigte sich in einer erheblichen Besserung, die damit bei einem Mädchen erzielt wurde, das eine Narbe syphilitischen Ursprungs hatte, die sich von der Lippencommissur bis zur Nasolabialfalte ausdehnte und die Zähne sehen liess. Zwei Abbildungen. GONTIER de la ROCHE.

47) **Alfred Hauptmann** (Hamburg-Eppendorf). **Vicariirende Menstruation in Form von Lippenblutungen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1909.*

18jährige, chlorotische, sonst gesunde Patientin; Genitalorgane völlig normal und gesund. Nervensystem, abgesehen von Herabsetzung des Conjunctival- und Rachenreflexes, sowie Dermographismus in Ordnung. „Mit 14 Jahren trat zum ersten Male eine Blutung unter die Haut und Schleimhaut der Ober- und Unterlippe auf, die nach einigen Tagen wieder verschwand. In der Folgezeit wiederholte sich diese Blutung regelmässig alle 4 Wochen, dann trat sie unregelmässig auf, bis mit 15 Jahren zum ersten Male die Menses einsetzten.“ Zur Zeit vicariiren die Menses zeitweise mit den Lippenblutungen, bisweilen gehen auch letztere den ersteren voraus. Autor konnte diese Erscheinung während vier Menstruationsperioden im Krankenhause beobachten. „Zunächst bildete sich in der Mitte der Haut der Oberlippe eine mässige Schwellung aus; diese wuchs im Laufe von wenigen Stunden, ging auch auf die Schleimhaut über und nahm einen bläulich-rothen Farbenton an, hervorgerufen durch unter die Haut und Schleimhaut ausgetretenes Blut. Die Schwellung nahm immer mehr zu, so dass die Oberlippe schliesslich rüsselartig vorgetrieben war. In der extrem gespannten Schleimhaut traten nun tiefe Rhagaden auf, aus welchen auch Blut heraussickerte. Die Lippe fühlte sich ziemlich derb an und war sehr schmerzhaft. Während der Process sich im Laufe von etwa $1^1/_2$ Tagen wieder zurückbildete, begann das gleiche Bild sich an der Unterlippe zu entwickeln.“ Nach 8 Tagen war alles wieder resorbiert. Die einzig mögliche Therapie besteht in Behandlung der Chlorose und Kräftigung des Nervensystems. HECHT.

48) **Arth. Schlesinger** (Berlin). **Ueber Angina Ludowici.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 49. S. 2194. 1908.*

1. Die als Angina Ludowici bezeichneten gangränösen Phlegmonen am Mundboden entwickeln sich nicht nur im Bereich der Gl. maxillaris, sondern es ist practisch, auch die anderen mit Sepsis, Schwellung des Mundbodens und Larynxödem verbundenen gangränösen Phlegmonen des Mundbodens ebenfalls zu dieser Krankheit zu rechnen. 2. Bei bedrohlichen Erscheinungen nach der Incision ist anstatt der Tracheotomie die quere Durchtrennung der Mm. mylohyoidei zur Schaffung genügender Entspannung für die Gewebe des Mundbodens auszuführen;

bei sehr schweren Fällen sind gleich bei der Incision die Mylohyoidei vollständig zu durchtrennen.

ZARNIKO.

49) **Gotthilf** (Kassel). **Ueber die Verwendung von Pergenol-Mundpastillen, speciell in der Kinderpraxis.** *Med. Klinik. 8. 1910.*

Pergenol-Mundpastillen als geeigneter Ersatz für Gurgelwasser in der Kinderpraxis bezeichnet; Säuglinge erhalten eine halbe Pastille, in Milch oder Fencheltheе gelöst.

SEIFERT.

50) **Schoenemann** (Bern). **Zur Physiologie und Pathologie der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. bezeichnet die Mandeln als subepithelial gelegene, d. h. auf den äussersten Posten vorgeschobene Halslymphdrüsen mit Quellgebiet in der Nasenschleimhaut. Einen Stützpunkt hierfür geben die Erfahrungen der Pathologie (Mandelentzündungen nach Infectionen von der Nase aus, speciell traumatische Anginen) und experimentelle Versuche, bei welchen nach Einspritzung von Lugol'scher Lösung in die unteren Muscheln das Jod 6 Stunden später in den Tonsillen nachgewiesen werden konnte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **W. W. Ashhurst. Die Tonsillen als Ausscheidungsorgane. (The tonsils as eliminative organs.)** *American Journal Medical Science. 1909.*

Verf. bespricht die Annahme, dass die Tonsillen die Function haben, gewisse infectiöse und reizende Stoffe auszuscheiden.

A. LOGAN TURNER.

52) **Jonathan Wright. Die Umwandlungen des Tonsillenepithels in Bindegewebe. (The transmutations of the epithelium of the tonsil into connective tissue cells.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. basirt seine Schlüsse auf das Studium eines mikroskopisch untersuchten Falles von vermeintlicher maligner Geschwulst der Tonsille. Es war die Unterbindung der Carotis gemacht; Patient verhielt sich wohl und lebte noch nach 4 Jahren. Es wurde ein Stück zur Untersuchung entfernt und diese ergab manche atypische und interessante Verhältnisse. Verf. schliesst, dass die Basalzellen des Epithels die latente Eigenschaft haben, in Bindegewebe oder in flache Oberflächenzellen umgewandelt zu werden.

EMIL MAYER.

53) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Auf welchen histologischen Vorgängen beruht die Hyperplasie sowie die Atrophie der menschlichen Gaumenmandel? Nebst kritischen Bemerkungen zur normalen Histologie dieses Organs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 104. 1909.*

Nach Untersuchungen des Verf.'s kommt die hyperplastische Gaumenmandel durch Auftreten einer erheblichen Anzahl von besonders vermehrungsfähigen Lymphoblasten im adenoiden Gewebe zu Stande; dadurch wird Veranlassung zur Bildung von Follikeln gegeben, die sich sowohl durch grosse Zahl, als auch durch ihre Grösse, besonders aber durch excessive Grösse des Keimcentrums auszeichnen.

Die der atrophischen Tonsille eigenthümlichen histologischen Eigenschaften sind folgende:

1. Schwund der Mitosen in den etwa noch vorhandenen Keimcentren.

2. Allmählicher Schwund der Keimcentren überhaupt.

2. Allmähliches Verschwinden der Follikel, so dass nur noch diffuses adenoides Gewebe übrig bleibt.

4. Zugrundegehen eines grossen Theiles der Lymphocyten, Zunahme des Bindegewebes und Schrumpfung desselben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber Fossulae tonsillares, Noduli lymphatici und Tonsillen.** (Aus der Kgl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. charakterisirt die oben bezeichneten Gebilde auf Grund histologischer Untersuchungen folgendermaassen:

1. Unter „Fossulae tonsillares“ verstehen wir Einsenkungen der Schleimhautoberfläche von verschiedener Länge und Gestalt und wechselndem Verlauf in das darunter gelegene adenoide Gewebe hinein, deren Epithelwände sich von aus diesem adenoiden Gewebe stammenden Lymphocyten mehr oder weniger stark durchsetzt zeigen.

2. Unter „Noduli lymphatici“ verstehen wir streng in sich abgeschlossene histologische Gebilde, die durch eine Ansammlung von Follikeln und diffus angeordnetem adenoiden Gewebe um eine Fossula herum dargestellt werden.

3. Unter einer „Tonsille“ verstehen wir ein Organ, das aus einer Anzahl von Noduli lymphatici besteht, zwischen denen eine wechselnde Menge von Bindegewebe sich befindet. Häufig — aber nicht immer — zeigt das Organ die Anwesenheit einer grösseren Menge acinöser Schleimdrüsen, welche ihre Ausführungsgänge durch das adenoide bezw. das Bindegewebe hindurch an die Oberfläche, zuweilen aber auch in den Fundus einer einem Nodulus lymphaticus zugehörigen Fossula senden. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **W. D. Ludlum. Folgen vergrösserter Tonsillen und Adenoiden. (Results of enlarged tonsils and adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juni 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die bekannten Erscheinungen, die als Folge vergrösserter Gaumen- und Rachenmandeln zu betrachten sind. LEFFERTS.

56) **N. Patterson** (London). **Abnormitäten der rechten Tonsille. (Abnormities of the right tonsil.)** *Lancet. 4. December 1909.*

Ein harter Knochenvorsprung, an der Spitze mit Knorpel versehen, ragte von der Oberfläche der Tonsille nach unten und innen; es handelte sich offenbar um einen abnorm gelegenen Processus styloideus. Auch der linke Processus styloideus konnte in der linken Tonsille gefühlt werden. Verf. meint, dass, wenn es sich nicht um eine angeborene Abnormität handle, die Folge von einer Fractur vorliegen könne, die Patient, der an epileptischen Anfällen leide, sich während eines solchen Anfalls zugezogen haben könne. WATSON WILLIAMS.

57) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Kurze serologische Mittheilung zur Angina Vincenti-Frage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 504. 1909.*

Verf. hat in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen mit Erfolg die

Wassermann'sche Complementbindungsmethode zu Hülfe gezogen: Im Gegensatz zur Lues trat bei reiner Angina Vincenti völlige Hämolyse ein.

F. KLEMPERER.

58) **Guttmann** (Prag). **Die Therapie der Tonsillitis lacunaris acuta mit Pyocyanase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

23 Fälle mit angeblich sehr günstigem Erfolge durch Zerstäuben von Pyocyanase auf die Tonsillen behandelt. Die Beläge schwanden in 17 Fällen schon am zweiten Tage. Keine unangenehmen Nebenwirkungen.

HANSZEL

59) **George Bacon Wood. Maligne Tumoren der Tonsille. (Malignant tumors of the tonsils.)** *The Pennsylvania Medical Journal. März 1909.*

Bericht über 2 Fälle. Im ersten wurde die rechte Carotis externa unterbunden, die Tonsille und eine Anzahl von geschwollenen Drüsen entfernt. Es wurden wegen Drüsenmetastasen noch zwei weitere Eingriffe von aussen unternommen; jedoch starb Patient an Metastasenbildung. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom. Auch im zweiten wurde nach Unterbindung der Carotis der Tumor entfernt; jedoch auch hier ging der Patient an Metastasenbildung zu Grunde. Es handelte sich um Rundzellensarkom.

Verf. hat seit 1884 137 Fälle von maligner Tonsillarerkrankung aufgefunden: 69 Sarkome, 64 Carcinome und 1 Endotheliom.

EMIL MAYER.

60) **Geo E. Waugh. Eine einfache Operation zur vollständigen Entfernung der Tonsillen nebst Bericht über 900 Fälle. (A simple operation for the complete removal of tonsils with notes on 900 cases.)** *Lancet. Vol. I. p. 1314. 1909 und Surgery, Gynaecology and Obstetrics. April 1909.*

Eine kleine Modification in der Ausführung der Tonsillotomie. Verf. legt Gewicht darauf, dass die Gewebe unmittelbar nach aussen von der Stelle, wo der Rand des vorderen Gaumenbogens und die Aussenfläche der Tonsille zusammenstossen, linear durchtrennt werden, während die mittels der Zange festgehaltene Tonsille nach innen gezogen wird; es soll so beim Loslösen der Tonsille die Kapsel mit entfernt und vermieden werden, dass man sich zu nahe der freien Oberfläche hält.

WATSON WILLIAMS.

61) **J. M. West** (Baltimore, U. S. A.). **Eine Methode für vollständige Enucleation der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Die Operation zerfällt in 3—4 Stadien:

Zuerst Abtrennung der mit gezahnter Zange gefassten Tonsille vom hinteren Gaumenbogen mittels eines Messers von L-Form, dann Abtrennung vorne mit einem geraden Messer.

Das dritte Stadium ist die Durchtrennung des losen Bindegewebes zwischen Kapsel und Musculus constrictor superior.

Bei geringer Blutung kann die Operation in diesem Stadium beendet werden, anderenfalls ist es vorzuziehen, die Operation mit stumpfspitzigem Messer zu beenden.

Durch Abbildungen der verschiedenen Operationsstadien und der Instrumente wird das Verfahren veranschaulicht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

62) A. H. Miller. **Anästhesie bei Mandel- und Adenoidoperation. (Anesthesia for tonsil and adenoid operation.)** *Boston Medical und Surgical Journal. 15. Juli 1909.*

Der Müller'sche Apparat wurde in fast 1000 Fällen angewandt; er dient zur Aethernarkose und besteht in der Hauptsache aus einem Vaporizer, der durch eine Fusspumpe in Thätigkeit gesetzt wird. Verf. setzt die Vortheile dieses Apparates auseinander und giebt eine genaue Beschreibung desselben. EMIL MAYER.

63) Georg Avellis (Frankfurt a. M.). **Gaumenbogennäher und Mandelquetscher. Zwei neue Instrumente.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 165. 1909.*

Mit dem geöffneten Maul des Nahtinstruments wird eine starke Klammer gefasst und zuerst der eine, dann der andere Gaumenbogen mit dem scharfen Häkchen der Wundklammer angestochen und der Griff zugeschoben. So werden die beiden Gaumenbögen mit 2—3 Klammern fest zugenäht, während ein kleiner Tampon, auf den blutenden Mandelstumpf festgedrückt, mit eingenäht wird. Das Entfernen der Klammern geschieht mit demselben Instrument.

Der Mandelquetscher hat Korbform, die sich der Mandel anpasst, wenn man von aussen die Mandel fixirt.

Abbildungen erläutern die von der Firma B. B. Cassel (Frankfurt a. M.) fabricirten Instrumente. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

d. Diphtherie und Croup.

64) C. Fisher. **Differenzierung der Diphtheriebacillen von morphologisch ähnlichen Organismen. (Differentiation of the diphtheria bacillus from organisms morphologically similar.)** *Archiv of Ophthalmology. November 1909.*

Verf. kommt auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu dem Schluss, dass der Diphtheriebacillus nicht durch seine Morphologie und culturelles Verhalten allein sicher identificirt werden kann. Wahre Diphtheriebacillen bringen Dextrin stets innerhalb 48 Stunden zur Gährung, niemals Saccharose. Dies ist aber auch bei gewissen nicht-pathogenen Organismen der Fall, die dieselbe Morphologie haben. Von 13 unausgesuchten Stämmen, die das Dextrin zur Gährung brachten, waren 5 avirulent. Für die Praxis hat die Gährungsprobe darum nur geringen Werth, weil es nothwendig ist, die Bacillen in absoluter Reincultur zu bekommen. Das Thierexperiment ist also bisher die einzige wirklich zuverlässige Methode zur Identificirung der Diphtheriebacillen. Um die virulenten Diphtheroide auszuschliessen, ist es nöthig, auch ein mit Diphtherieantitoxin immunisirtes Meerschweinchen zu impfen.

EMIL MAYER.

65) **Oscar J. Schultz. Die Eigenschaften der gekörnten und gestreiften Form des Diphtheriebacillus in Culturen. (The properties of granular and barred formes of bacillus Diphtheria in cultures.)** *Journal Infectious Diseases. 26. Nooember 1909.*

Verf. beschreibt eine Form der Diphtheriebacillen, bei denen Körnchen und Streifen gleichzeitig vorkommen. Rein körnige Formen kommen ungefähr in der Hälfte aller Culturen vor, rein gestreifte Formen sind sehr selten.

EMIL MAYER.

66) **Valagussa. Ueber die Resistenz des Diphtheriebacillus gegenüber dem Austrocknen. (Sulla resistanza del bacillo difterico all'essiccamento).** *Rivista di Clinica Pediatrica. April 1909.*

Verf. hat constatiren können, dass Diphtheriebacillen, die völlig ausgetrocknet sind und jedes Nährbodens beraubt sind, über zwei Jahre lang am Leben bleiben können. Im zweiten Monat noch ist der Bacillus im Stande, sich auf verschiedenen Nährböden zu entwickeln und Meerschweinchen, denen er subcutan injicirt ist, zu tödten.

FINDER.

67) **J R. Simonds. Einige die Diphtherie betreffende durch Laboratoriumsuntersuchungen festgestellte Thatsachen. (Some facts concerning diphtheria revealad by laboratory examinations.)** *Journal Indiana State Medical Association. 15. Januar 1910.*

Aus den Ergebnissen der Laboratoriumsuntersuchungen zieht Verf. unter anderem den Schluss, dass alle Personen, in deren Rachenhöhle Diphtheriebacillen gefunden werden, so lange in Quarantaine gehalten werden sollen, bis jene verschwunden sind.

EMIL MAYER.

68) **C. Francioni. Neue Fragen über Serumtherapie bei Diphtherie. (Recenti questioni di sieroterapia antidifterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. August 1909.*

Verf. analysirt die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Serumtherapie (Baginsky, Szontagh, F. Meyer, Gabriel, Morgenroth). Er macht darauf aufmerksam, dass an der Florentiner Kinderklinik schon seit langer Zeit in schweren Diphtheriefällen endovenöse Injectionen starker Serumdosen gemacht werden. Die Resultate waren jedoch nicht derartig, dass die Methode für die gewöhnliche Anwendung adoptirt wurde.

FINDER.

69) **F. M. Fernandez. Nichtspecifische Anwendung von Antidiphtherieserum. (Nonspecific uses of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical Record. 6. November 1909*

Das Antidiphtherieserum stellt ein werthvolles Heilmittel bei mannigfachen allgemeinen und localen Infectionen dar; sein Anwendungsgebiet wird täglich grösser. Von den localen Erkrankungen, bei denen es angewandt wird, sei z. B. die suppurative Keratitis erwähnt, die, welches auch ihre Ursache sein mag, stets günstig durch die Serumbehandlung beeinflusst wird; Verf. führt auch einige andere Augenerkrankungen an, bei denen dasselbe der Fall ist. Von Allgemein-

erkrankungen werden erwähnt: Asthma, Pneumonie, Bronchopeumonie, Influenza, Pleuropneumonie. (!!! Red.) LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **A. W. Myers. Congenitaler Larynxstridor infolge Vergrösserung der Thymus. (Congenital laryngeal stridor due to an enlarged thymus gland.)** *Archives Pediatrics. August 1908.*

Es lagen physikalische Zeichen für das Vorhandensein einer Thymusvergrösserung vor; unter Röntgenbehandlung verschwanden diese und gleichzeitig der Stridor. EMIL MAYER.

71) **Coll y Bofill** (Barcelona). **Stridulöse Athmung der Neugeborenen. (Respiracion stridulosa de los recien nacidos.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de la gargenta etc. No. 13. 1908.*

Verf. berichtet über mehrere Fälle. Das Phänomen ist zurückzuführen auf eine Missbildung des Vestibulum laryngis oder auf eine Schwellung der tracheobronchialen Drüsen. TAPIA.

72) **A. D. Blackader. Inspiratorischer Stridor und Dyspnoe bei Kindern. (Inspiratory stridor and dyspnoe in infants.)** *N. Y. Medical Journal. 31. Juli 1909.*

Bericht über zwei Fälle. An der Hand der Literatur bespricht Verf. die heute meist angenommene Theorie von der mechanischen Entstehung des Stridor infolge einer Missbildung des Larynx, die als eine Uebertreibung des normalen infantilen Typus aufgefasst werden kann. LEFFERTS.

73) **W. Cheatam. Spasmen des Kehlkopfs. (Spams of the larynx.)** *The American Practicioner and News. August 1909.*

Bericht über einen eine junge Frau betreffenden Fall, in dem für die Spasmen als ätiologisches Moment ein beginnendes Aortenaneurysma oder Mediastinaltumor in Betracht kam. EMIL MAYER.

74) **Trumpp** (München). **Ueber eine anatomisch und klinisch bemerkenswerthe Anomalie des Laryngotrachealrohres mit kritischen Bemerkungen über die Aetiologie des Stridor laryngis congenitus.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 50. 1909.*

Bei einem an Unterleibstuberculose verstorbenen $1^1/_2$ jährigen Kinde fand sich eine fast völlige Aplasie des Ringknorpels und der beiden ersten Trachealknorpel. Auffallend ist, dass keine auf die bestehende Missbildung hindeutende Functionsanomalie des Kehlkopfes in vivo bestanden hatte.

Bezüglich des Stridor laryngis congenitus sieht Tr. in der Annahme einer angeborenen besonderen Schwäche der Postici eine ziemlich ungezwungene Deutung aller bisherigen Befunde am Lebenden und an der Leiche. SEIFERT.

75) **Rothschild** (Frankfurt a. M.). **Zur Aetiologie des Stridor inspiratorius congenitus.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 52. 1910.*

Ein $5^1/_2$ Wochen alter Säugling hatte an typischem inspiratorischen Stridor

gelitten, als dessen Ursache die Section eine vereiterte Retentionscyste im Innern des Kehlkopfes ergeben hat. Die Cyste dürfte zu der bei der Obduction gefundenen Grösse wohl erst infolge der Eiterung angewachsen sein. SEIFERT.

76) **Friedrich Erkes** (Wien). **Ueber einen Fall von narbigem Kehlkopfverschluss nach Intubation.** *Mit 2 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 6. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines $2^1/_2$jährigen an Diphtherie erkrankten Kindes, das intubirt und secundär tracheotomirt wurde, sowie Bericht über den Autopsie- und histologischen Befund des vollständig narbigen Larynxverschlusses. HECHT.

77) **Emil Mayer. Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. (Stenosis of the larynx cured by intubation.)** *N. Y. Medical Record. 25. December 1909.*

Zwei von den mitgetheilten Fällen sind bereits früher publicirt worden. Der erste (Journal of the American Medical Association, 27. October 1900) betraf eine Stenose infolge einer Schussverletzung, der zweite eine solche infolge von Perichondritis nach Typhus.

Im dritten Fall handelt es sich um ein recidivirendes Granulom des Larynx: Patient wurde geheilt. Das vierwöchentliche Tragen einer Metalltube genügte, um der Granulationsbildung Einhalt zu thun. Verf. würdigt noch besonders die Vortheile der Rogers'schen Modification der Tuben für gewisse Fälle.

LEFFERTS.

78) **M. Gioseffi. Kehlkopfcomplication bei Infectionskrankheiten, speciell bei Scharlach. (Complicazioni laringee nelle malattie infettive con speciale riflesso alla scarlatina.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. April 1909.*

Verf. berichtet verschiedene Fälle von Larynxstenose, die secundär nach verschiedenen Infectionskrankheiten auftraten; er will zeigen, dass es nicht nur die Diphtherie ist, die solche Complicationen machen kann. Er führt Fälle von Larynxstenose nach Influenza, Erysipel, Pocken, Varicellen, infolge peritrachealer Abscesse durch Streptococceninfection, nach Seruminjectionen und besonders nach Scharlach an. FINDER.

79) **L. Franchi. Beitrag zur Casuistik der Kehlkopfverengerungen infolge Bildungsanomalie. (Contributo alla casuistica dei restringimenti della laringe per vizio di conformazione.)** *Giornale di medicina militare. September 1908.*

Bei einem jungen Soldaten fand sich ein Diaphragma zwischen den vorderen zwei Dritteln der Stimmbänder, das Verf. für congenital hält. Er beschreibt die Veränderungen in Form und Lage, die die Membran bei Inspiration und Exspiration eingeht und schildert die Störungen, die bei jeder körperlichen Anstrengung des Patienten zu Tage traten. FINDER.

80) **Richard H. Johnston. Kehlkopfstenose. (Stenosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Kehlkopfstenose nach Intubation wegen Diphtherie. Da solche Patienten meist eine Canüle tragen, so hält er für die

leichteste Behandlungsart die Dilatation von unten nach oben. Bei diesem Verfahren besteht jedoch die Gefahr, einen falschen Weg zu machen. Besteht eine, wenn auch kleine Oeffnung im Kehlkopf, so wird eine Sonde diese wahrscheinlich finden und, ohne Schaden anzurichten, passiren. Doch soll man diese Behandlungsmethode nicht beginnen, ohne vorhergehende sorgfältige Untersuchung mittels directer Laryngoskopie. Auf Grund der so erlangten Kenntnisse kann man gleich zur Intubation schreiten, die bei incompleter Stenose die logische Methode ist. Handelt es sich um eine complete Stenose, so muss unter directer Laryngoskopie eine Oeffnung gemacht und diese dann mittels Intubation offen gehalten werden.

LEFFERTS.

81) **Cimenez** (Madrid). **Syphilitische Kehlkopfstenose. (Estenosis laringeas sifiliticas.)** *Boletin de Laringologia. Juni 1909.*

Verf. führt vier Fälle an, die die Unwirksamkeit der Hg-Behandlung bei solchen syphilitischen Affectionen beweisen, die mit Stenosenerscheinungen im Larynx einhergehen.

TAPIA.

82) **Aka. Luetische Stenose des Kehlkopfes. Dilatation auf natürlichem Wege. Heilung. (Sténose syphilitique du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 52. 1909.*

Nur der erste Fall betrifft eine luetische Stenose; im zweiten Falle handelt es sich um ein angeborenes Kehlkopfdiaphragma. In beiden Fällen wurde, nach Vorangehen der Tracheotomie, die Stenose mit Schrötter'schen Bolzen dilatirt und Heilung erzielt.

LAUTMANN.

83) **F. Lehnerdt. Zur Kenntniss der Narbenstricturen und Narbenverschlüsse nach Intubation.** *Dissert. Leipzig 1907.*

In den Jahren 1892—1905 zeigten unter 1539 Intubirten des Leipziger Kinderkrankenhauses 16, also 1 pCt. der Fälle, kürzere oder längere Zeit nach Sistirung der Intubation eine Narbenstenose. Von diesen 16 Fällen wurden 14 erst in den Jahren 1902—1905 beobachtet. Dieses häufigere Vorkommen von Stricturen in den letzten Jahren glaubt L. zum grossen Theil durch den Umstand erklären zu dürfen, dass in den letzten Jahren mehr nur die schweren Diphtheriekranken ins Spital geschickt und die leichten Fälle mit Seruminjectionen zu Hause behandelt werden; dementsprechend hat auch die Diphtheriemortalität im Leipziger Kinderkrankenhaus in den letzten Jahren wieder zugenommen (1905 21,3 pCt. Mortalität).

Die Krankengeschichten der 14 Fälle, die alle zuerst intubirt und dann noch tracheotomirt werden mussten, werden eingehend mitgetheilt. 12 mal handelte es sich um eine Strictur und 2 mal um einen vollständigen Narbenverschluss. Einer der zwei Narbenverschlüsse war keine typische Occlusion nach Intubation, sondern hat sich erst im Anschluss an die Laryngofissur entwickelt.

Fünf der 14 Fälle starben, zwei Stricturen und die zwei Atresien blieben ungeheilt; bei den übrigen fünf trat unter der Behandlung vollständige Heilung ein.

L. ist Freund der Intubation, aber nicht Anhänger der unbedingten Intubation; er empfiehlt bei Decubitus lieber rechtzeitig die secundäre Tracheotomie

vorzunehmen, als durch Dauerintubation tiefe Geschwüre und schwere Zerstörungen des Larynx zu setzen.

Die Behandlung der Stricturen bestand in Dilatation mit Sonden und Bougies und in systematischer Intubation. Bei den zwei Narbenverschlüssen wurde die Laryngofissur ohne Erfolg ausgeführt.

Nicht erwähnt wird in der fleissigen Arbeit der hohe Werth, den die Tracheoskopie zur Feststellung der Diagnose bei erschwertem Decanulement und dann bei der Stricturbehandlung leistet. Auch die Laryngostomie sollte Erwähnung finden.

OPPIKOFER.

84) **William K. Simpson. Fall von Larynxstenose beim Erwachsenen, erfolgreich mit Intubation behandelt; continuirliches Tragen der Tube vier Jahre lang. (Case of laryngeal stenosis in the adult successfully treated by intubation; continuous wearing of the tube for four years.)** *American Journal Surgery. April 1909.*

Die Tube wurde bis auf ein paar Tage continuirlich während 4 Jahre und 25 Tage getragen. Verf. zieht einen Vergleich zwischen Tube und Trachetomiecanüle, der zu Gunsten jener ausfällt; ferner erörtert er die Superiorität der Hartgummituben über die Metalltuben.

LEFFERTS.

85) **J. Neumann** (Berlin). **Die Behandlung der diphtherischen Larynxstenosen.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 51. 1909.*

In der vorliegenden Arbeit giebt N. einen Ueberblick über die Behandlungsergebnisse der diphtherischen Stenosen des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin für die Jahre 1901—1907. Aus der Darstellung der Todesfälle, die durch das Operationsverfahren bedingt sind, geht hervor, dass es bei der Tracheotomie zu einem grossen Theile Eiterungen sind, bei der Intubation Larynxulcera mit ihren Folgezuständen, Granulome, narbige Verengerungen, welche den üblen Ausgang herbeiführen. Deshalb ist die Aufmerksamkeit der Intubatoren jetzt ganz besonders der Behandlung des Decubitus zugewandt.

SEIFERT.

86) **J. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Ueber retrograde Dilatation von Kehlkopfstenosen, welche nach Intubations-Decubitalgeschwüren entstanden sind.** *Orvosi Hetilap. No. 44. 1909.*

Zur Dilatation sind die biegsamen Metall-Hegarsonden verwendet worden. Da diese Sonden die Athmung behindern, können sie nur 5—10 Secunden lang liegen bleiben. Von 6 Fällen, welche auf diese Weise behandelt wurden, sind 4 vollständig geheilt, 2, wesentlich gebessert, stehen noch in Behandlung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

87) **Sargnon** und **Barlatier. Laryngostomie und verschiedene Methoden der Dilatation des Kehlkopfs von aussen. (Laryngostomy and various methods of dilatation of the Larynx from without.)** *N. Y. Medical Journal. 1909.*

Bericht über 18 Fälle, von denen drei tödtlich verliefen. Verff. wenden während der ersten Woche ausschliesslich Gazetampons an und führen die Tube erst

nach Ablauf der ersten Wochen ein. Sie ziehen vor, den Kehlkopf, wenn möglich, sofort mit der Haut zu vernähen, da dann sehr schnell Epidermisirung erfolgt. In den 15 am Leben gebliebenen Fällen war das Resultat gut bis auf einen, der eine an Lungentuberculose leidende junge Frau betraf. LEFFERTS.

88) **Sargnon** und **Barlatier. Gegenwärtiger Stand der Laryngostomie. (Etat actuel de la laryngostomie.)** *Revue hebd. No. 37. 1909.*

Historische Uebersicht und vollständige Angabe der Literatur mit kurzen Analysen der veröffentlichten Fälle. LAUTMANN.

89) **Szleifstein. Beitrag zur Laryngostomie. (Przypadek zwezenia krtani.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Es handelt sich um einen Kranken, bei welchem Laryngostomie infolge von Larynxsklerom ausgeführt wurde. Zweck der Laryngostomie bildete eine nachträgliche, locale Behandlung. In der Discussion bemerkt A. v. Sokolowski, dass er, gestützt auf ein grösseres in seiner Abtheilung beobachtetes Material und nach Erprobung verschiedener Behandlungsmethoden, schliesslich in sämmtlichen seiner Zeit von ihm und von Kijewski veröffentlichten Fällen von Kehlkopfsklerom durch Laryngofissur mit nachträglicher Excision sämmtlicher sklerotischer Gewebe relativ die besten Resultate erzielt habe. In einem Falle, ebenfalls aus seiner Abtheilung, wo nach der Tracheotomie bedeutende Athemnoth bestand, entdeckte Erbrich mittels Bronchoskop in dem linken Hauptbronchus eine sklerotische Verdichtung und entfernte dieselbe operativ, wonach der Kranke frei zu athmen begann. A. v. SOKOLOWSKI.

90) **L. Máchánszky** (Szeged, Ungarn). **Geheilter Fall von ringförmiger Tracheal- und Kehlkopfnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1909.*

Ein Mann hat sich mit dem Rasiermesser in der Höhe des Ringknorpels einen 12 cm langen Querschnitt beigebracht, die Halsmuskeln und beide Mm. sternocleidomastoidei eingeschnitten. Der Kehlkopf war fast ganz durchgeschnitten, nur hinten blieb bei der Speiseröhre eine 0,5 cm breite Brücke. Die ringförmige Naht ergab glatte Heilung, die Stimme blieb, da der linke untere Kehlkopfnerv verletzt war, heiser. v. NAVRATIL-POLYAK.

91) **J. Tillgren. Traumatische Stenose der Trachea. Resection. Heilung.** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

47 jähriger Mann wurde am 4. September 1907 wegen traumatischer Läsion der Luftröhre tracheotomirt; eine Stenose entwickelte sich um die Canüle, die man im Jahre 1908 zu entfernen suchte. Da der Kranke ohne die Canüle nicht athmen konnte, wurde sie am 12. August 1908 gegen eine T-Canüle vertauscht; zahlreiche Granulationen bildeten sich nach und nach um diese und im Jahre 1909 wurde die kranke Partie der Luftröhre durch eine ringförmige Resection entfernt. Nach 4 Wochen konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

E. STANGENBERG.

92) **J. Tillgren. Bericht über 3 Fälle von syphilitischer Trachealstenose.** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte.) *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Die Kranken waren kürzere oder längere Zeit wegen Dyspnoe und Stridor ohne Larynxveränderungen im Krankenhause behandelt worden. Sie starben plötzlich und die Section ergab Narbenstricturen an der Bifurcation. (Die vollständigen Krankengeschichten sind in Hygiea, November 1909 publicirt.)

Demonstration eines Mannes mit Dyspnoe und Stridor, bei dem mehrere gummöse Anschwellungen in der Luftröhre tracheoskopisch diagnosticirt wurden.

E. STANGENBERG.

93) **H. Zwillinger** (Budapest). **Mittels Röntgenstrahlen geheilter Fall von skleromatöser Luftröhrenstenose.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1909.*

Die Stenose lag dem dritten Trachealring entsprechend. Die Bestrahlung wurde von aussen durch die intacte Haut und Muskeln gemacht. Nach 5 Wochen war schon objective und subjective Besserung nachweisbar. Jetzt ist die Athmung frei, die Infiltrationen schwanden, nur eine kleine Leiste ist noch sichtbar.

v. NAVRATIL-POLYAK.

f. Schilddrüse.

94) **C. Wegelin. Ueber das Stroma der normalen und pathologischen Schilddrüse.** *Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. Bd. 4. H. 1. S. 147. 1910.*

Die Collagenfasern der Schilddrüse gehen in den intralobulären Septen in feine Fasern über, welche die Capillaren umspinnen und in ihren Eigenschaften echten Gitterfasern entsprechen. Die Längsfasern der Capillaren sind durch quere Fasern verbunden, welche zwischen den Follikeln hindurch verlaufen. An den Capillaren jugendlicher Schilddrüsen und mancher gutartiger Strumen kommen sehr feine Circulärfasern vor, welche ebenfalls dem Gitterfasertypus entsprechen. Eine Membrana propria ist in der normalen Schilddrüse nicht vorhanden, kommt jedoch in Strumen vor, namentlich bei hyaliner Entartung des Stromas.

J. KATZENSTEIN.

95) **Hugo Wiener** (Prag). **Ueber den Thyreoglobulingehalt der Schilddrüse nach experimentellen Eingriffen.** *Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakol. Bd. 61. Heft 4.*

Verf. experimentirte an 31 Hunden und kommt zu folgenden Resultaten:

Jedem Tiere kommt unter normalen Verhältnissen eine auf beiden Seiten fast gleiche Schilddrüsenmasse zu, beide Schilddrüsen besitzen einen fast gleichen, absoluten und daher auch procentischen Thyreoglobulingehalt und das Thyreoglobulin beider Schilddrüsen ist in gleichem Maasse jodhaltig.

Als Folge der Exstirpation der einen Schilddrüse kann eine vicariirende Hypertrophie der anderen angenommen werden. Jodnatriumdarreichung bewirkt in erster Linie eine Thyreoglobulinvermehrung (Hypersecretion) der Schilddrüse, in zweiter Linie vielleicht eine Unterdrückung der vicariirenden Hypertrophie (wenn

eine Drüse früher entfernt wurde), ja sogar wahrscheinlich eine Atrophie. Die Wirkung des Thyreoidins auf die Schilddrüse ist im Princip identisch, aber quantitativ viel geringer als die Wirkung anorganischer Jodverbindungen.

Vagusdurchschneidung und Exstirpation des Ganglion supremum sympathici gaben negative Resultate, dahingegen tritt nach Entfernung des Ganglion cervicale infimum sympathici Atrophie und gleichzeitig Abnahme des Thyreoglobulingehaltes der Schilddrüse der gleichen Seite ein.

Fast sämmtliche Krankheitserscheinungen beim Morbus Basedowii werden als von der Erkrankung der Schilddrüse und der durch sie bedingten Hyperthyreodie abhängig angenommen. Die Erkrankung der Schilddrüse wird als secundäre Erscheinung, bedingt durch eine abnorme Innervation der Schilddrüse infolge einer primären Erkrankung des Sympathicus oder seiner Ursprungsgebiete im Centralnervensystem aufgefasst. SALZBURG.

96) **Bircher** (Aarau). **Experimenteller Beitrag zum Kropfherz.** *Med. Klinik. 10. 1910.*

Die experimentellen Untersuchungen zeigen, dass bei Ratten die experimentelle Erzeugung des Kropfherzens möglich ist. Bircher hält an dem Kropfherz als einer Krankheitsform sui generis fest und ist der Anschauung, dass einer strumigenen Noxe, die rein toxisch-chemischer Natur sein muss, ein direct schädigender Einfluss auf das Herz zuzuschreiben ist. SEIFERT.

97) **Axel Werelius. Experimentelle Druckatrophie der Schilddrüse nebst kurzer Zusammenfassung unserer Kenntnisse über die Drüse. (Experimental pressure atrophy of the thyroid with brief summary of knowledge of the gland.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über unsere Kenntnisse über Struma und Morbus Basedow. Erwähnt sei die Mittheilung, dass 43 pCt. oder mehr der Strassenhunde in Chicago Kropf haben. LEFFERTS.

98) **Notiz des Herausgebers. Senilität und Schilddrüse. (Senility and thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Eine Besprechung der Arbeit von Léopold-Lévi (Journal de Médecine de Paris, No. 26, 1909), in der eine Parallele gezogen wird zwischen den Erscheinungen der Senilität und den Symptomen des Hyperthyreoidismus. Als „vorzeitige Senilität“ wird auch das Myxoedem aufgefasst. LEFFERTS.

99) **Goris. Ein Fall prästernaler Struma. (Un cas de goître présternal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20. 1909.*

G. stellt in der Belgischen Gesellschaft für Chirurgie am 27. März 1909 eine Kranke vor, welche er an einem Cystenkropf, der sich zwischen Haut und Sternum entwickelt hatte, operirt hatte; eine der Trachea adhärente verkalkte Schale hatte denselben verhindert, seine gewöhnliche Entwickelung nach dem vorderen Mediastinum hin zu nehmen. BAYER.

100) **Wohrizek** (Prag). **Zur Röntgenbehandlung von Strumen.** *Prager med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

Bericht über günstige Beeinflussung von Basedow- und parenchymatösen Strumen durch die Bestrahlung, die aber sehr vorsichtig dosirt vorzunehmen ist.

CHIARI.

101) **v. Eiselsberg** (Wien). **Zur Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen.** (Nach einem Vortrage auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1909.*

Bei der Operation von drei mit Röntgenstrahlen behandelten Kröpfen fiel die schwierigere Ablösung der tiefen Musculatur von der Vorderfläche der Kropfkapsel auf, welche durch entzündliche Infiltration infolge der Behandlung bedingt war. E. warnt sowohl vor dem planlosen Bestrahlen der Kröpfe als auch vor einer forcirten Cur mit Schilddrüsentabletten, namentlich in Fällen, die von vornherein solche Beschwerden darbieten, dass sie doch voraussichtlich zur Operation kommen.

CHIARI.

102) **Holzknecht.** **Röntgenbehandlung bei Strumen, insbesondere bei Morbus Basedowii.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 19. November 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Bericht über günstige Beeinflussung des Morbus Basedow durch die Radiotherapie. Abwehr der v. Eiselsberg vorgebrachten Bedenken gegen diese Art der Kropfbehandlung. [Vergl. v. Eiselsberg's Vortrag (Wien. klin. Wochenschr. 1909, No. 46).]

CHIARI.

103) **Schwarz** (Wien). **Zur Röntgenbehandlung des Kropfes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Als Leiter eines Röntgeninstitutes hat sich Sch. besonders mit diesem Thema beschäftigt und fasst seine Meinung dahin zusammen, dass bei Strumen keine Bestrahlung, sondern die Operation vorzunehmen sei, bei Morbus Basedowii aber zuerst Bestrahlung, dann eventuell eine Operation, bei schweren, stenosirenden Strumen mit Basedowerscheinungen zuerst ein operativer Eingriff und dann die Bestrahlung in Erwägung zu ziehen sei.

CHIARI.

104) **Wm. Carpenter Mc Carty.** **Die Reversionstheorie und Classification der Struma. (The reversion theory and classification of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juli 1909.*

Die Struma kann als eine Rückkehr der Schilddrüse zu einer früher einmal ausgeübten Function aufgefasst werden. Hyperthyreoidismus ist eine Toxaemie — das Resultat der Resorption von Producten der Hyperactivität. Der Stimulus für die Hyperactivität kann derselbe sein, der die Schilddrüse bei dem Menschen der Vorzeit stimulirt hat, ebenso wie es für den Menschen der Jetztzeit normale Stimuli für Drüsenthätigkeit giebt. Der Stimulus kann in der Nahrung oder im Wasser vorhanden sein, gebildet durch irgend welchen Vorgang im Intestinum oder im Stoffwechsel, oder er mag in der Luft existiren.

Verf. unterscheidet: a) Struma cystica, b) Thyreoidea parenchymatosa hypertrophica, c) Thyreoidea cystica papillaris, d) Thyreoidea foetalis hypertrophica, e) Thyreoidea foetalis adenomatosa. Hyperthyreoidismus findet sich stets bei b und c und kann bei e vorkommen.

EMIL MAYER.

105) **F. Brüning. Ueber Kropfblutungen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 31. Heft 3. S. 614. 1910.*

Die Kropfblutungen erfolgen in das Kropfgewebe hinein oder in schon bestehende Cysten. Differentialdiagnostisch kann das Kropfasthma bedingt sein durch acuten Schleimhautkatarrh der Luftröhre, durch acute Entzündung des Kropfes, durch Kropfblutungen. Die Therapie der von schweren Störungen gefolgten Kropfblutungen sollte immer eine operative sein.

J. KATZENSTEIN.

g. Oesophagus.

106) **George Dock. Verengerung der Speiseröhre. (Esophageal obstruction.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

Verf. schildert die Aetiologie, das Symptomenbild und die Behandlungsmethoden bei Speiseröhrenverengerungen.

EMIL MAYER.

107) **Max Einhorn. Die diätetische Behandlung der Speiseröhrenerweiterung. (A suggestion as to the dietetic treatment in dilatation of the Esophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juli 1908.*

Wenn bei Speiseröhrenerweiterung Flüssigkeiten nicht in den Magen gelangen, so kann dies durch zwei Gründe veranlasst werden. Erstens infolge von mangelnder Peristaltik der Speiseröhrenmuskel, zweitens durch hermetischen Verschluss im oberen oder unteren Theile des Oesophagus. Der Verschluss braucht nicht organischer Natur zu sein, und ist es auch gewöhnlich nicht. Bougies oder Sonden passiren ohne Schwierigkeit, jedoch können die Speiseröhrenwände so dicht aneinanderliegen oder so gefaltet sein, dass ein absolut luftdichter Verschluss besteht. Verf. hat ein in vorliegender Arbeit beschriebenes Drainagerohr construirt, mittelst dessen die geschilderten Schwierigkeiten behoben werden.

EMIL MAYER.

108) **L. von Rydygier. Beitrag zur Verblutung infolge von Perforation der Aorta durch einen in der Speiseröhre eingeklemmten Fremdkörper.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 30. 1909.*

Eine 56jährige Frau verschluckte ein spitzes Knochenstück. Schmerzen in der Höhe des 5. Rippenknorpels. Tags darauf Versuch der Oesophagoskopie in Seitenlage, bei welchem Versuche starker Husten und Blutauswurf auftrat. Unterbrechung der Oesophagoskopie, die Blutung wiederholt sich nach wenigen Minuten. Nach einer Stunde Exitus. Innere Verblutung infolge Durchbohrung der Aorta.

CHIARI.

109) **Ary Dos Santos. Fremdkörper im Oesophagus. (A propos d'un cas de corps étranger de l'oesophage.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 6. 1910.*

Nachdem Autor in der Einleitung seiner Ueberzeugung Ausdruck gegeben,

dass die Oesophagoskopie heute wohl von fast allen Specialisten ausgeübt wird, theilt er einen Fall von Fremdkörperextraction mit (Theil eines verschluckten Gebisses), der wohl ösophagoskopirt, aber mittels Oesophagotomie extrahirt worden ist. Ein schematisches Röntgenogramm begleitet den Text. LAUTMANN.

110) **Richard H. Johnson. Oesophagoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern. (Oesophagoscopy in the removal of foreign bodies.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über zwei erfolgreiche Fälle; er zeigt an drei anderen, dass das Oesophagoskop auch grossen Werth hat, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob ein Fremdkörper oder eine acute Entzündung vorliegt.

LEFFERTS.

111) **Bittner. Fremdkörper im Oesophagus.** (Aerzl. Verein in Brünn, Sitzung vom 7. April 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Kleine metallische Pfeife aus dem oberen Abschnitt des Oesophagus mittelst Oesophagotomie entfernt. Heilung. HANSZEL.

112) **W. Sasse. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre durch Oesophagotomie.** *Dissert. Leipzig 1907.*

S. giebt vorerst eine Uebersicht über die Literatur der Oesophagotomie und bespricht dann eine eigene Beobachtung: Gaumenplatte mit zwei oberen Schneidezähnen in 27 cm Tiefe; Entfernung durch Oesophagotomie. Pneumonie. Exitus. Eine Entfernung des Gebisses auf unblutigem Wege war nach Ansicht des Verf.'s „wegen des tiefen Sitzes und der festen Einkeilung" ausgeschlossen.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **J. Broeckaert. Les paralysies recurrentielles.** Bruxelles. Hayez, rue de Louvain 112. 1909.

In seiner Monographie „Etude sur le nerf recurrent laryngé" hat Broeckaert im Jahre 1903 eine erschöpfende Darstellung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Recurrensfrage gegeben.

Die jetzt zur Besprechung stehende Monographie behandelt in 3 gesonderten Capiteln die literarischen Ergebnisse aus den letzten 6 Jahren, insbesondere auch die eigenen Untersuchungen des Autors. Letztere erfordern um so mehr eine Würdigung, weil die Recurrensfrage in einer der Semon'schen Anschauung widersprechenden Form gelöst werden soll.

In den ersten beiden Capiteln bespricht Broeckaert die Recurrensparalysen cerebralen und bulbären Ursprungs an Hand der experimentellen Ergebnisse und der klinischen Thatsachen, in dem dritten Capitel die Recurrensparalysen peripheren Ursprungs.

In dem ersten Capitel geht Verf. nach einem kurzen Hinweise auf die Arbeiten Ferrier's, Duret's, Munk's auf die Versuche Krause's ein, der als erster das

corticale Centrum für die Kehlkopfbewegungen an dem unteren und seitlichen Theile des Gyr. praecrucialis feststellen konnte. In gleicher Weise gedenkt er der Nachuntersuchungen der Krause'schen Angaben durch Semon und Horsley an Hund, Katze und Affe, sowie der von Mott, Russel, Klemperer, Onodi, Katzenstein, Ivanow und Broeckaert.

Ein besonderes und berechtigtes Interesse wendet er den Untersuchungen Masini's zu, welcher von jedem Krause'schen Centrum aus mittelst schwacher elektrischer Ströme einseitige Adductionsbewegung der gegenüberliegenden Stimmlippe erhielt. B. erörtert eingehend, wie von allen oben aufgeführten Nachuntersuchern der Krause'schen Ergebnisse die Masini'schen Funde nachgeprüft und für unrichtig befunden wurden, dass aber eine Aenderung in der Anschauung über die Masini'schen Arbeiten eintrat, als Katzenstein 1905 mittheilte, dass er bei unipolarer Reizung der Krause'schen Stelle ausschliesslich einseitige Adduction und zwar der entgegengesetzten Stimmlippe erhielt, in seltenen Fällen eine solche der gleichen Seite. Bei Reizung mit bipolaren Elektroden erhielt K. eine Bewegung der Stimmlippen auf beiden Seiten. Gleichzeitig fand K. ein zweites Centrum für die Bewegungen des Kehlkopfes in der zweiten Windung. Elektrische Reizung dieser Stelle ergab dieselben Resultate im Kehlkopf, wie die von der Krause'schen Stelle aus.

Diese Ergebnisse Katzenstein's wurden von Broeckaert nachgeprüft und in 3 Fällen gelang es ihm, von der Krause'schen Stelle aus eine Contraction der Stimmlippe der entgegengesetzten Seite zu erzielen; in 4 Fällen erhielt er eine stärkere Contraction auf der entgegengesetzten Seite. Auch eine Bestätigung des Kehlkopfcentrums in der zweiten Windung erbrachte die Nachprüfüng, natürlich mit der Einschränkung, dass die Krause'sche Stelle die Hauptstelle für die Kehlkopfbewegungen ist.

Ferner beschreibt Broeckaert die Untersuchungen Katzenstein's über die Lautgebungsstelle beim Hunde. Broeckaert schildert die beiden von K. gefundenen Athemstellen, die eine im Stirnhirn, die andere im Gyr. central. ant.; mit der ersteren ist das Niescentrum, mit der zweiten die Lautgebungsstelle verbunden. Diese letzten Versuche K.'s hat Broeckaert noch nicht nachgeprüft, dagegen sind sie von Grabower und O. Kalischer nachgeprüft und bestätigt (Sitzung der laryng. Gesellsch. zu Berlin vom 25. Febr. 1910).

Bezüglich der Exstirpation des Krause'schen Centrums bestätigt Broeckaert jetzt die Angabe Katzenstein's, dass die Exstirpation ohne Einfluss auf die Phonation ist; dass die Thiere eine kurze Zeit nach der Operation nicht bellen, sondern nur winseln, beruht darauf, dass sie nach dem schweren Eingriffe krank sind. Dagegen hat Broeckaert die von Katzenstein (und von M. Lewandowski [Ref.]) nach der Exstirpation der Krause'schen Stelle beobachteten Motilitätsstörungen der Stimmlippen, die sowohl bei der Adduction wie bei der Abduction bestehen, nicht beobachtet.

Die Angaben über das Onodi'sche Stimmcentrum glauben wir übergehen zu können, da sie in gleicher Weise von Klemperer und Grabower widerlegt worden sind.

Was nun die klinische Beobachtung von Recurrensparalysen cerebralen Ursprungs angeht, so theilt Broeckaert sie nach Lermoyez ein in solche mit Autopsie, aber ohne laryngoskopische Untersuchung, in solche mit laryngoskopischer Untersuchung, aber ohne Autopsie und schliesslich in solche mit laryngoskopischer Untersuchung und mit Autopsie.

1874 hat Lewin, später haben Gerhardt, Ziemssen, Schrötter die ersten Larynxparalysen cerebralen Ursprungs beschrieben, in denen die Stimmlippe in Cadaver- oder Medianstellung befunden wurde, später Garel, Cartaz, Bryson-Delavan, Grabower. Aus diesen klinischen Beobachtungen zieht Broeckaert folgende Schlüsse: Bei der Beantwortung der Frage nach der Gegend der Läsion ergiebt sich, dass beim Menschen der Sitz des corticalen Centrums sich am Fusse der dritten Stirnwindung und des unteren Theiles der aufsteigenden Frontalwindung befindet. Die cortico-bulbären Fasern, welche aus dem corticalen Larynxcentrum ausstrahlen, durchziehen die innere Kapsel im Niveau der äusseren Partie des Knies, indem sie in dem Kniebündel ein motorisches Bündel für den Larynx bilden, welches von dem Aphasiebündel und dem Hypoglossusbündel unabhängig ist.

Bei der Beantwortung der Frage, ob diese klinischen Ergebnisse mit den Lehren der Neuropathologie und den physiologischen Experimenten übereinstimmen, stellt Broeckaert zunächst fest, dass auch die ausgebreitetste Zerstörung der cerebralen Kehlkopfcentren beim Thiere eine Unbeweglichkeit der Stimmlippen nicht hervorruft, dass sie dagegen einen Verlust der freiwilligen Motilität der Larynxmuskeln nach sich zieht, ohne dass die reflectorische Motilität gestört ist. Er legt ferner dar, dass, wie jede Hirnhemisphäre vorherrschend die Motilität der Muskeln der entgegengesetzten Körperseite beeinflusst, so eine einseitige Läsion der Kehlkopfcentren auf die Bewegungen der contralateralen Stimmlippe einwirkt. Im Falle der Zerstörung der corticalen Kehlkopfcentren in beiden Hemisphären würden alle spontanen Bewegungen beider Stimmlippen unterdrückt sein. Da aber die reflectorische Lautgebung, die reflectorische Respiration und der Tonus der Dilatatoren durch die Bulbärcentren geregelt sind, so tritt kein Aufhören der Adductions- und Abductionsbewegungen der Stimmlippen ein. Dagegen kommt es zu Störungen der vocalen Accommodation, zu einer unvollständigen Adduction, wenigstens, wenn es sich nicht um reflectorische Schreie handelt.

In dem Capitel über die Recurrensparalysen bulbären Ursprungs behandelt Broeckaert zunächst die Versuche am Kaninchen, nach denen sich die Kehlkopfcentren im dorsalen Vaguskern befinden, der ventrale Kern (Nucleus ambiguus) mit der Kehlkopfinnervation nichts zu thun hat. Aus diesen Versuchen am Kaninchen lassen sich Schlüsse auf die entsprechenden Verhältnisse beim Menschen nicht ziehen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen (Grabower's [Ref.]) haben aber endgültig dargelegt, dass der ventrale Kern, der Nucleus ambiguus, der Kehlkopfinnervation beim Menschen vorsteht.

Aus dem Studium der klinischen Geschichte der durch Bulbärläsionen hervorgerufenen Larynxparalysen ergiebt sich, dass in ihrem Verlaufe eine isolirte Lähmung der Erweiterer vorkommt. Bei der Tabes ist die Lähmung der Erweiterer die Lähmung par excellence. Die Lähmung kann aber auch eine totale sein. In

mehreren Fällen von Syringobulbie waren die Adductoren allein geschädigt, „eine Thatsache, die in auffallendem Widerspruche zum Semon'schen Gesetze steht."

Den Mechanismus der Stellung der Stimmlippen im Verlaufe der bulbären Affectionen deutet Broeckaert folgendermaassen: Entsprechend wie das bulbo-respiratorische Centrum zerstört wird, nehmen die Abductionsbewegungen der Stimmlippen mehr und mehr ab, die Adductionsbewegungen dagegen bleiben normal. Wenn die Läsion sich ausschliesslich auf das bulbo-phonatorische Centrum erstreckt, so entsteht je nach der Ausbreitung der Läsion eine Parese oder Paralyse der Schliessmuskeln. Ist das eine Centrum vollständig zerstört, so tritt eine Hyperaction des antagonistischen Centrums ein, die Stimmlippe steht entweder in der Medianstellung fest, wenn die Paralyse nur die Abductoren befallen hat, oder in einer extremen Abduction, wenn die Paralyse nur die Schliesser befallen hat.

Bevor Verf. in dem dritten Capitel an das Studium der Recurrensparalysen peripheren Ursprungs geht, bespricht er zunächst die Frage, ob der Recurrens ein motorischer oder gemischter Nerv ist. Er verweilt eingehend bei den einschlägigen Versuchen Réthi's, Katzenstein's, Schultz' und Dorendorf's und kommt für den Menschen nach eigenen Untersuchungen zu dem Schluss, dass der Recurrens ein gemischter Nerv ist.

Darauf bespricht Broeckaert das Rosenbach-Semon'sche Gesetz „nach dem bei allen organischen progressiven Paralysen der Kehlkopfnerven die Glottiserweiterer ausnahmslos zuerst oder selbst ausschliesslich erkranken." Broeckaert untersucht nun, ob die Semon'sche Ansicht durch die physiologischen Experimente und durch die pathologisch-anatomischen Thatsachen gestützt wird. Er bespricht den Krause'schen Umschnürungs-, den Fraenkel-Gad'schen Abkühlungsversuch, die Exstirpation des M. crico-arytaenoideus posticus nach Grossmann und Katzenstein-Kuttner sowie die Exstirpation des Posticus und Durchtrennung des Vagus unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens nach R. du Bois-Reymond und Katzenstein. Broeckaert stellt fest, dass das zweite Stadium der Recurrensparalyse durch den Krause'schen Versuch nicht geklärt wird, dass nach Exstirpation des Posticus die Stimmlippen ihre Abductions- und Adductionsbewegungen, wenn auch in geringerer Intensität beibehalten und dass nach Exstirpation des Posticus und Durchschneidung des Recurrens unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens die Stimmlippe in die Nähe der Medianstellung tritt und nur noch ganz unbeträchtliche Bewegungen macht. Den Fraenkel-Gad-schen Abkühlungsversuch deutet Broeckaert so, dass bei ihm allmählich die Bewegungen der Stimmlippe eingeschränkt werden, so dass nach einer Anzahl von Respirationsbewegungen die Stimmlippe die Cadaverstellung nicht mehr überschreitet. Aber bald werden die Stimmlippenbewegungen noch geringer, bis die Stimmlippe in der Medianstellung immobilisirt wird. Fährt man mit der Abkühlung noch weiter fort, so tritt die Stimmlippe in Cadaverstellung. Durch die Abkühlung des Recurrens werden also nach Broeckaert alle nervösen Fasern ergriffen und es wird durch sie also hindernd eingewirkt auf die „Impulse, die vom Centrum nach der Peripherie geschickt werden." Dass die Postici post

mortem schneller ihre Contractilität verlieren, als die anderen Kehlkopfmuskeln, beweist nach Broeckaert nicht, dass die Postici sich beim Lebenden in einem Zustande manifester Inferiorität befinden (auf die Untersuchungen Grabower's, dass die „nervösen Elemente im Posticus absolut und relativ geringer sind, als in jedem anderen versorgten Kehlkopfmuskel", geht Broeckaert mit keinem Worte ein [Ref.]). Nach Broeckaert ist dagegen die active Ueberanstrengung des Posticus, welche während der ruhigen Athmung das Offenbleiben der Glottis bedingt, die Ursache seines schnelleren Absterbens post mortem. Der Autor resummirt sich dahin, dass es unnöthig ist, sich auf die angebliche Vulnerabilität der Abductorfasern zu berufen, um den Abkühlungsversuch zu interpretiren, der nach seiner Meinung nicht zeigt, dass eine deutliche biologische Verschiedenheit der Recurrensfasern besteht.

In dem Capitel „Pathologisch-anatomische Thatsachen" bei den peripheren Recurrensparalysen beginnt Broeckaert damit, dass nach Recurrensdurchschneidung beim Kaninchen am schnellsten der M. thyreo-arytaenoideus externus degenerirt, auch bei anderen Thieren hat er dies Resultat erhalten.

Diese von ihm gefundene experimentelle Thatsache deutet Broeckaert wiederum dahin, dass eine grössere Vulnerabilität des Posticus nicht besteht, er giebt aber zu, dass die Durchschneidung des Recurrens beim Thiere nicht zu denselben Resultaten zu führen braucht, wie die langsam verlaufende Compression des Recurrens beim Menschen. Broeckaert hat nun die pathologisch-anatomischen Ergebnisse bei der menschlichen Recurrensparalyse sorgfältig studirt und führt vier eigene Fälle an, bei denen eine einfache Atrophie in demselben oder beinahe demselben Grade alle Kehlkopfmuskeln befällt. Besonders eingehend bespricht er einen Fall Jörgen Möller's, bei dem eine „ausgesprochene, wenn auch nicht ganz complete Degeneration der ganzen Musculatur der entsprechenden Kehlkopfseite gefunden wurde." Aus diesen pathologisch-anatomischen Befunden, die Broeckaert im Einzelnen bespricht, zieht er wiederum den folgenden Schluss, dass aus keiner Beobachtung hervorgeht, dass bestimmte im Recurrens verlaufende Nervenfasern fragiler, vulnerabler sind, als die anderen; die angenommene Vulnerabilität der Erweitererfasern besteht also nach Broeckaert nicht.

In dem letzten Capitel: „Klinische Thatsachen bei der peripheren Recurrensparalyse" bespricht Verf. die bekannten drei Stadien. In dem zweiten Stadium sieht Broeckaert die Medianstellung als Folge einer Contractur an, die durch eine directe periphere Reizung des Nervenstammes oder durch eine reflektorische Reizung bedingt ist.

Ich habe mich bemüht, in objectiver Weise die Auffassungen Broeckaert's über die Entstehung der cerebralen und peripheren Recurrensparalysen, die von den meinigen durchaus abweichen, wiederzugeben, weil ein Eingehen auf die vielen controversen Punkte im Rahmen eines Referates nicht möglich ist.

J. Katzenstein.

b) **Fein** (Wien). **Rhino- und laryngologische Winke für practische Aerzte.** Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1910.

Das kleine mit 40 Textabbildungen und 2 Tafeln ausgestattete Buch bringt

in kurzer Fassung alles, was der practische mit der Untersuchungs- und Behandlungstechnik nicht vertraute Arzt auf dem Gebiete der Rhino-Laryngologie braucht, ohne zu sehr auf die rein fachärztlichen Gegenstände einzugehen.

Seifert (Würzburg).

c) **Francis R. Packard** M. D. (Philadelphia). **Text book of diseases of the nose, throat and ear. For the use of students and general practicioners.** J. B. Lippencott & Co., Publishers Philadelphia-London.

Zwei Drittel des Inhalts sind den Erkrankungen von Hals und Nase gewidmet; dieser Theil umfasst 21 Capitel, von denen 16 der Nase und ihren Nebenhöhlen eingeräumt sind. Zwei Capitel — nämlich das über die syphilitischen Erkrankungen und das über Fremdkörper — behandeln Nase und Hals gemeinsam. Ein Capitel ist der Influenza gewidmet, während in einem anderen die Augenkrankheiten abgehandelt werden, die mit pathologischen Zuständen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zusammenhängen.

Wir vermissen die Erwähnung des Orthoforms bei den verschiedenen Formen der Dysphagie.

Packard hat gefunden, dass Aethylchlorid bei der Vorbereitung von Hals- und Nasenoperationen eine Rigidität des Kiefers hervorruft, die bisweilen noch anhält, nachdem Aether gegeben worden ist.

Er sagt, dass man bei Operation von Tonsillen und Adenoiden stets auf die Tracheotomie vorbereitet sein muss, da eine excidirte Tonsille oder ein Stück der adenoiden Vegetationen in die Trachea fallen kann. Verf. weist eindringlich auf die Gefahren der Anwendung von Nebennierenextract bei diesen Operationen hin; ferner macht er darauf aufmerksam, dass bei acuten Entzündungen jede Operation aufgeschoben werden muss.

Cocain soll von Heufieberkranken wegen der Gefahr der Angewöhnung nicht genommen werden; Verf. hat 5 Patienten gesehen, die auf diese Weise Cocainisten geworden waren.

Die partielle Excision der Muscheln mit nachfolgender Naht wird nicht erwähnt.

Das Capitel über Nebenhöhlenerkrankungen ist sehr kurz; wir denken, es hätte es ihm etwas mehr Platz eingeräumt werden können.

Die Operation der Tonsillectomie wird besser unter Localanästhesie gemacht; wird allgemeine Narkose angewandt, so ist es am besten, Aether zu nehmen.

Für Operation der adenoiden Vegetationen, die seiner Meinung nach übrigens recidiviren können, wenn sie in früher Kindheit operirt werden, benutzt Verf. zuerst die Zange, mit der er ein möglichst grosses Stück entfernt, und benutzt dann die Curette. Referent würde den umgekehrten Weg vorziehen.

Bei der Erwähnung der Vincent'schen Angina wird die Aehnlichkeit mit syphilitischen Geschwüren nicht erwähnt, obwohl diese grösser ist als die mit Diphtherie, deren Erwähnung gethan wird.

Das Buch will vor allen Dingen ein practisches sein und ist als solches zu empfehlen. Das Capitel über Heilmittel und ihre Anwendung ist voll guter Rath-

schläge und zeugt von der grossen Erfahrung des Verfassers, so dass man wünschen möchte, er hätte dem practischen Theil mehr Raum gewidmet.

Emil Mayer.

d) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 27. Januar 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. A. v. Irsai: Geheilter Fall einer Septumgeschwulst.

Patient, bei dem eine luetische Infection nicht nachweisbar ist, hat eine exulcerirte Geschwulst am Septum, deren Aeusseres, wie die histologische Untersuchung und der Lungenbefund ergiebt (Ophthalmoreaction negativ), für Tuberculose spricht. Nach Jodkali Heilung.

Onodi: Auf Grund histologischer Befunde ist ein Irrthum nicht ausgeschlossen. In einem Falle war der Befund Carcinom, später ergab sich Tuberculose.

Donogány hält den Fall für Lues; einer seiner Fälle, der 4mal für Tubersulose befunden wurde, heilte auf Jodkali.

v. Irsai hält den Fall für eine Mischinfection.

2. H. Zwillinger: Neubildung in der Luftröhre.

Patient, 27 Jahre alt, klagt über immer zunehmende Athembeschwerden. Dem 3. Trachealknorpel entsprechend eine den grössten Theil des Tracheallumens einnehmende, blassrothe, glatte Geschwulst. Lues, Tuberculose ausgeschlossen. Diaphanoskopie, Mignonlampe ergeben negative Resultate. Vortragender hält die Geschwulst für Sklerom und wird die von Rydygier empfohlenen X-Strahlen anwenden.

v. Irsai hält den Fall für Sklerom und erhofft von der Röntgen- und Radiumbehandlung Erfolg.

D. v. Navratil: Vom Standpunkt einer präcisen Diagnose empfiehlt sich Probeexcision, jedoch nur nach der Tracheotomie.

Zwillinger: Sollte die Röntgenbehandlung den Erwartungen nicht entsprechen, müsste die Tracheotomie und die Entfernung des Tumors vorgenommen werden.

Kornél Láng: Operirter und geheilter Fall eines mit Nekrose complicirten Empyems des Sinus frontalis, maxillaris und ethmoidalis.

II. Sitzung vom 25. Mai 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Karl Morelli: Sarkom der Tonsille.

Rechte Tonsille nussgross, nicht ulcerirte, böckerige Geschwulst. Am Halse harter, faustgrosser Tumor. Histologischer Befund: Rundzellensarkom. Injection

von 1 : 100000 bis 1 : 400 Schmidt'schem Antimenistem; insgesammt 43 Injectionen. Abnahme der Geschwulst von innen wie von aussen auf ein Drittel. Injectionen werden fortgesetzt.

2. Zoltán v. Lénárt: Papillärkrebs der Nasenhöhle.

Bei der 70 Jahre alten Patientin ist die Nase seit Monaten ganz verstopft, häufiges Nasenbluten, Kopfweh, Hörvermögen eingebüsst. Nase difform, Nasenraum von papillomartiger Geschwulst ausgefüllt. Histologische Untersuchung: Cylinderepithelkrebs. Die mit grosser Blutung begleitete Operation beschränkte sich auf Excochleation der Geschwulst. Nach derselben constatirte Verf. den completen Defect des Septums. Bedeutende Erleichterung nach der Operation, welche 4 bis 5 Wochen andauerte, jetzt ist der Status quo ante operationem. Verf. hält in ähnlichen Fällen die Excochleation wegen Erleichterung für angezeigt.

3. Zoltán v. Lénárt: Fall von Nasenstein.

14jähriges Mädchen. Seit Jahren heftige Schmerzen in der Nasenwurzel. Rechte Nasenhälfte hervorgewölbt, im mittleren Nasengang dunkel gefärbtes Gebilde sichtbar, Umgebung geschwellt, Sonde stösst auf Fremdkörper. Patientin erinnert sich, vor 4 Jahren eine Glasperle in die Nase gesteckt zu haben. Tonogen, Cocainanästhesie. Mittelst Kornzange Entfernung eines spitzigen, harten Steines; Verschwinden der Schmerzen und normale Nasenathmung.

Discussion:

Láng hatte 3 Fälle von Nasencarcinom, welche trotz sogen. radicaler Operation nach 3—4 Wochen recidivirten.

Morelli hat 2 Fälle operirt, beide recidivirten bald. Vor Jahren hatte er einen Nasenstein entfernt, welcher epileptische Anfälle verursachte. Nach Entfernung des Steines Aufhören der Epilepsie.

D. v. Navratil operirte vor zwei Jahren ein kleines circumscriptes Carcinom am rechten Septum, welches bis heute nicht recidivirte.

4. Kornél Láng: Einfache radicale Operation des solitären Choanalpolypen, mit Demonstration eines entsprechenden Instrumentes.

E. v. Navratil.

---

e) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 23. September 1909.

Versitzender: L. Flodqvist.

G. Holmgren berichtete über 3 Fälle von Papilloma laryngis bei 1 bis 8jährigen Kindern, sämmtlich mit gutem Erfolge und ohne Recidiv operirt (nach Laryngofissur). Alle 3 Fälle kamen zur Behandlung mit schweren Respirationsstörungen (Cyanose, Stridor und respiratorischen Einziehungen) und mit deutlicher Bronchitis. Die Geschwülste wurden mit der Pincette entfernt und die Wunde galvanokauterisirt. In allen Fällen musste die Tracheotomie gemacht werden.

Sitzung vom 28. October 1909.
Vorsitzender: C. B. Lagerlöf.

A. Larsson demonstrirt einen Fall von Cancer des Sinus sphenoidalis bei einem Mann in mittleren Jahren.

G. Holmgren demonstrirt einen 40jährigen Mann, der seit 4 Monaten wegen Cancer laryngis operirt war. Der nussgrosse ulcerirte Tumor betraf die linke Arygegend und wurde nach Tracheotomie und Laryngofissur excidirt. Noch kein Recidiv.

Aus Anlass dieses Falles berichtete Arnoldson über einen Fall von Stimmbandcancroid, nach Laryngofissur excidirt.

G. Holmgren stellte eine Frau (Hökerin) in mittleren Jahren vor, die wegen hochgradiger Laryngitis nodosa intralaryngeal operirt worden war. Bei der Untersuchung sah man auf beiden Stimmbändern durchscheinende lippenähnliche Bildungen, deren Basis mehr als die halbe Länge des Stimmbandes bedeckte; die mikroskopische Untersuchung zeigte Fibrom,

Sitzung vom 27. November 1909 (zweite Jahresversammlung).
Vorsitzender: E. Stangenberg.

E. Stangenberg demonstrirt einen Fall von linksseitiger Posticuslähmung bei einer 23jährigen Frau mit unbekannter Aetiologie und berichtet über einen ähnlichen rechtsseitigen Fall bei einem 74jährigen und einen zweiten linksseitigen bei einem 33jährigen Mann mit hochgradigen tuberculösen Veränderungen der linken Lunge; der erste Fall ist jetzt nach Hg-Behandlung geheilt.

E. Stangenberg demonstrirt einen Fall von eigenthümlichem ulcerösen Process der hinteren Pharynxwand bei einer 33jährigen Frau. Heilung nach Hg-Behandlung.

N. Arnoldson zeigt einen Fall von hereditärer Lues im Pharynx und gummöser Periostitis in der Nase bei einem 12jährigen Knaben und berichtet über einen Fall von luetischer Ulceration im Pharynx.

N. Arnoldson demonstrirt einen Fall von Cancer des rechten Oberkiefers bei einer 69jährigen Frau.

G. Holmgren zeigt einen schon früher demonstrirten Fall von endolaryngeal operirter Larynxtuberculose; vor $^3/_4$ Jahren wurden die stark infiltrirten und ulcerirten vorderen zwei Drittel des Taschenbandes mit der Curette entfernt; seitdem haben sich die Lungenveränderungen schnell verschlimmert, der Larynx aber ist unverändert geblieben.

E. Vikner berichtet über seine Untersuchungen von 27 Fällen von adenoiden Vegetationen mit Rücksicht auf ihren Gehalt an Tuberkelbacillen. (Wird nach dem Druck näher berichtet.)

Th. Hellström: Vortrag über Peritonsillitis und Diphtherie. (Wird nach dem Druck näher berichtet.)

E. Stangenberg.

f) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 9. Juni 1908.

Guisez: Epitheliom der linken Nasenhöhle.

Der Tumor sass der inneren Wand des Sinus maxillaris auf; er füllte die linke Nasenhöhle aus und konnte schon gesehen werden, wenn man einfach den Nasenflügel anhob. Die Patientin hatte keinerlei Beschwerden ausser der Nasenverstopfung. Operation nach Faure-Moure; Resection des Nasenbeins und des aufsteigenden Oberkieferastes. Jetzt — drei Monate nach der Operation — völlige Heilung.

Castex hat vor 2 Monaten einen analogen Fall bei einer 40 jährigen Frau operirt. Das Resultat ist bisher ausgezeichnet.

Guisez: Zwei Fälle von directer Laryngoskopie und Tracheoskopie.

1. Kind mit multiplen Papillomen mittels directer Laryngoskopie operirt. Die Diagnose war mittels des röhrenförmigen Spatels gestellt worden. Die Athmung ist jetzt frei und eine erneute Untersuchung hat ergeben, dass im Larynx keine Papillome mehr vorhanden sind.

2. 46 jährige Frau, die eine angeborene doppelte Klappe in der Trachea hat. Als sie ein 5 jähriges Kind war, hatte die Tracheotomie gemacht werden müssen. In der letzten Zeit waren Anfälle von Athemnoth aufgetreten. Die vor einem Monat vorgenommene tracheoskopische Untersuchung zeigte an der linken Trachealwand eine Art von breiter Klappe; an der hinteren Wand bestand ein Wulst, eine Art Hernie der Wand. Es wurde mittels des Oesophagotoms die Klappe an der linken Seite unter Leitung des Auges durchtrennt und dann mit Bougies dilatirt. Zur Zeit ist das Lumen der Trachea fast normal und jede Dyspnoe ist verschwunden.

Luc: Epitheliom der linken Stimmlippe. Laryngofissur ohne Tracheotomie nur mit Lokalanästhesie.

54 jähriger Mann. 10 Tage nach der Operation bildete sich ein prälaryngealer Abscess, der sich in Höhe der Hautnarbe öffnete und ebenso nach innen in Höhe der Incisura thyreoidea. Trotz breiter Eröffnung des Eiterherdes mit nachfolgender Tamponade, besteht jetzt — nach 14 Tagen — noch eine Fistel, die auf nackten Knorpel führt. Es handelte sich um eine Chondritis des Schildknorpels. Das linke operirte Stimmband ist vernarbt.

Georges Laurens pflegt während der ersten Tage ein Drain einzulegen.

Castex incidirt den Ringknorpel nicht, denn dadurch wird das Klaffen des Kehlkopfs vermehrt. Er verwendet für die Abtragung des Tumors gebogene Scheeren. Er legt stets ein Drain vertikal in die prälaryngealen Weichtheile, das am 4. oder 5. Tage entfernt wird.

Luc: Chronisches Stirnhöhlenempyem; consecutive Stirnfistel; Resection der hinteren Höhlenwand, hinter der ein subduraler Abscess sitzt.

16 jähriger junger Mann, der in der Provinz wegen eines chronischen Stirnhöhlenempyems operirt war und eine Fistel zurückbehalten hatte. Man fand einen

Sequester der Hinterwand, unter dem ein extraduraler Abscess sass. Alle suspecten Knochenteile wurden sorgfältig resecirt; trotz breiter nasofrontaler Communication kam keine Intentio per primam zu Stande. In einem zweiten Eingriff resecirte Luc die ganze Dicke der inficirten Weichtheile, applicirte den Lappen auf die neu gebildete Knochenoberfläche und liess die Wunde in ihrem unteren Theil offen. Auf diese Weise war keine Höhle mehr vorhanden und es blieb nur da, wo die Wunde nicht geschlossen war, eine kleine kaum eiternde Fläche zurück.

Luc: Acute Stirnhöhlen-Siebbein-Oberkieferhöhleneiterung.

Es handelte sich um ein 11 jähriges Mädchen, bei dem nach Masern eine Eiterung in Stirnhöhle, Siebbein und Oberkieferhöhle auftrat, die bereits zu einem subperiostalen Abscess am aufsteigenden Oberkieferast geführt hatte. In einer Sitzung wurde die Stirnhöhle eröffnet, eine breite Communication mit dem Siebbein hergestellt, welches ganz mit Eiter erfüllt war und die Oberkieferhöhle nach Caldwell-Luc eröffnet. Dann 8 Tage lang feuchte Verbände, 14 Tage nach der Operation secundäre Wundnaht. Narbe ohne Defiguration.

Pasquier: Ein Fall von tuberculöser subglottischer Perichondritis.

38 jährige Frau mit vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberculose, bei der vor den ersten Trachealringen sich eine hühnereigrosse fluctuirende Geschwulst gebildet hatte. Bei der Punction dieses Tumors erhielt man dicken gelblichen Eiter. Einige Wochen später öffnete sich der Abscess spontan in die Trachea. Momentan besteht eine intratracheale Fistel, durch die sich Eiter in die Trachea entleert.

Sitzung vom 10. Juli 1908.

Koenig: Doppelseitiger symmetrischer und harter Tumor des Nasenbodens. Cysten oder Osteome?

Der Tumor ist jederseits kirschgross und füllt die unteren Nasengänge völlig aus, berührt das Septum und dislocirt die unteren Muscheln nach oben. Er ist blass, regelmässig und auf beiden Seiten gleich. Die Durchleuchtung spricht für Kiefercysten.

Monnier hat einen ähnlichen Fall vor 8—10 Jahren operiren lassen. Es musste eine Resection beider Oberkiefer gemacht werden, um den Tumor, den kein Instrument durchschneiden konnte, zu entfernen.

Sitzung vom 13. November 1908.

Chaput: Vollständige Resection des Siebbeins wegen eines malignen Tumors der Nasenhöhle.

40 jähriger Mann, dem das Siebbein resecirt wurde, nachdem die Nase vollkommen in die Höhe geklappt war. Oberkieferhöhlen, Stirnhöhlen und Keilbeinhöhlen wurden eröffnet und ausgekratzt. Am Ende der Operation lag die Dura in grosser Ausdehnung frei zu Tage. Die Heilung wurde durch einen Zwischenfall unterbrochen: am 10. Tage traten epileptiforme Krämpfe und Delirien, wahrscheinlich in Folge meningealer Reizung auf.

Castex: Versprengte Mandeln.

Bei einer 26jährigen Frau sass die linke Tonsille hinter dem hinteren Gaumenbogen. Bei einer 23jährigen Patientin hat er jederseits nahe der Mündung der Tuba Eustachii eine Masse adenoiden Gewebes von der Grösse einer Tonsille gesehen.

Cauzard: Modificationen in der Technik der Luc'schen Sinusoperationen.

C. erhält die untere Muschel bei der Oberkieferhöhlenoperation.

Für die Trepanation der Stirnhöhle macht er eine ⌊-förmige Oeffnung, deren vertikaler Schenkel auf dem Orbitalfortsatz des Stirnbeins nach unten geht, während der horizontale über dem Orbitalrand verläuft.

Luc meint, dass Cauzard die Art, wie die Stirnhöhle eröffnet wird, nicht genau wiedergegeben hat. Man muss zuerst die Höhle da aufsuchen, wo sie sich stets findet, nämlich unter dem äusseren Ende des Orbitalbogens. Von da aus wird die Knochenöffnung soweit ausgedehnt, wie sich die Höhle erstreckt. Stets müssen die vorderen Siebbeinzellen mit ausgeräumt werden.

Gaudier (Lille): Kieferresection wegen Tumors des Sinus.

G. demonstrirt eine Mischgeschwulst von epithelialem Typus aus der rechten Oberkieferhöhle eines 50jährigen Mannes. Man hatte zuerst an ein Empyem gedacht; es musste aber schliesslich die Oberkieferresection gemacht werden. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

Gaudier: Grosser Kehlkopfpolyp bei einem Kinde.

Der Tumor war haselnussgross und wurde mittels Laryngofissur entfernt. Es handelte sich um ein dem rechten Taschenbande aufsitzendes Fibrom.

Robert Leroux: Ein Morcelleur für die Tonsillen.

Demonstration eines Instruments, das in der Presse Médicale vom 3. Juni 1908 beschrieben ist.

Sitzung vom 11. December 1908.

Robert Foy: Apparat zur Gewöhnung an die Nasenathmung.

Der Apparat ist in den Fällen angezeigt, wo bei nasaler Insufficienz die Athemübungen versagen. Er besteht aus zwei Nasenoliven, die eine doppelte Communication haben, eine mit einem regulirbaren Luftbehälter, eine mit der Aussenluft in Verbindung stehend. Es besteht keine Gefahr für das Mittelohr und F. zählt noch eine Reihe anderer Vortheile der Apparate auf.

Georges Laurens: Fulguration und Laryngotomie bei Kehlkopfkrebs.

L. hat vor 3 Wochen 2 Fälle operirt; es handelte sich beide Male um Krebs der Stimmlippen. Nach Eröffnung des Larynx wurden die Schildknorpelplatten auseinander gezogen und nach vorhergehender Cocainisirung des Larynxinnern drei Minuten lang die Oberfläche der Geschwulst und deren Nachbarschaft nach

der Technik von Keating-Hart fulgurisirt. Dann Vereinigung der Schildknorpelplatten durch Naht der prälaryngealen Muskeln und Einlegen einer Trachealcanüle. Die unmittelbaren Folgen waren nach der täglich vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung: Das Oedem war sehr gering, so dass am 2. resp. 3. Tag die Canüle entfernt werden konnte; es trat eine intensive erythematöse Laryngitis der Glottis und der Interarytaenoidalgegend auf; ein fibrinöser, pseudomembranöser, grauer Schorf wurde am 4. resp. 6. Tage durch die Trachealöffnung ausgestossen; es bestand eine Hypersecretion aus der Trachea; bei einem der Operirten wurde das gesunde Stimmband fast zerstört, so dass es am 21. Tage zu einem dünnen, rothen Streifen reducirt war. Die Kranken wurden nach 14 Tagen entlassen und nahmen am 17. Tage ihren Beruf auf.

In Bezug auf die Technik legt L. auf folgende Punkte Gewicht: Vermeidung aller Metalltheile; er hat zu diesem Zweck eine Glascanüle machen lassen; Anwendung von Mundsperrern aus Glas zum Offenhalten des Larynx; tiefe Chloroformnarkose; secundäre Cocainanästhesie, um die cardio-respiratorischen Reflexe auszuschalten; Schutz der gesunden Larynxhälfte durch Gazecompressen; Anwendung von Glaselektroden geeigneten Calibers.

Castex: Krankenvorstellungen.

1. Pseudopapillome des Kehlkopfs; es handelt sich um Tuberculose.

2. 60 jähriger Mann mit einem Geschwür der Epiglottis, das den Eindruck des Carcinoms macht. Jedoch lässt der Zustand der Lungen an Tuberculose denken.

Cartaz.

---

g) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Glas stellt einen Patienten vor, bei welchem es im Anschluss an eine Kieferhöhleneiterung zu schweren pyämischen Erscheinungen, Nekrose der ganzen facialen Wand und aussergewöhnlich profusen Blutungen aus der nekrotischen Wangenmusculatur gekommen ist. Luc-Caldwell brachte Heilung.

Zu diesem Falle sprachen Hajek und Fein, die gegen die Auffassung einer Antritis perforans in diesem Falle sich wandten, und Kahler, welcher warnt, die nasale Oeffnung bei Luc-Caldwell hinten anzulegen wegen der Gefahr der starken Blutung.

2. Glas: Frau mit Geschwüren an der rechten Wangenschleimhaut und der Gingiva, die früher auch das Bild einer Angina ulcero-membranacea Vincent gezeigt hatte. Das jetzt gehäufte Auftreten dieser Erkrankung sei beachtenswerth.

3. Glas: Hinteres Uranocolobom mit sehr grossen hinteren Muschelenden.

Fein erinnert daran, dass solche Hyperplasien bei Uranocolobomen schon

in der frühesten Kindheit auftreten, also nicht, wie Glas meint, auf Entzündungsvorgänge zurückzuführen sind.

4. Kahler: a) 50jähriger Mann mit lymphatischer Leukämie mit Infiltration im Nasenrachenraum und Kehlkopf. Demonstration der ersteren mittelst des Hay'schen Pharyngoskops.

b) Ueberbeweglichkeit der Zunge. Patient erlernte es, die infolge seines trockenen Katarrhs im Nasenrachen sich bildenden Krusten mit der Zunge zu entfernen.

Chiari sah schon mehrere solche Fälle.

c) K. demonstrirt mit dem Hay'schen Pharyngoskop eine retronasale Membran.

d) K. stellt einen von Marschik nach Gluck (Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom) operirten Patienten vor, bei dem jetzt Sprechübungen angestellt werden.

5. Braun demonstrirt einen Fall von pharyngo-ösophagealem Pulsionsdivertikel. Ueberlegenheit der radiologischen Diagnose gegenüber den ösophagoskopischen in den Fällen von Divertikelbildung.

Sitzung vom 3. December 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Hütter spricht an der Hand eines Falles von Ostitis fibrosa beider Oberkieferknochen, speciell des rechten mit consecutiver völliger Verlegung der rechten Nasenseite (Demonstration der mikroskopischen Präparate). Hierzu theilen Kahler, Hajek uud Réthi von ihnen beobachtete ähnliche Fälle mit.

2. Hütter stellt einen Patienten vor, bei welchem eine Zahncyste die Kieferhöhle vollständig ausfüllte, nach allen drei Richtungen, besonders aber nasalwärts stark ausbauchte, und ferner einen Fall, in welchem eine ebensolche Cyste keine rhinoskopisch erkennbare Beziehung zur Nasenhöhle darbot. Breite Excision der Vorderwand, Oeffnung gegen die Nase, Verschluss der facialen Schleimhaut.

3. Menzel: Es handelt sich um eine Frau, welche seit einem Jahre an dysphagischen Beschwerden leidet. Laryngoskopisch sieht man eine diffuse, blasse Schwellung beider, aber namentlich des linken Aryknorpels an seiner hinteren Fläche von über Daumendicke. Das Vorhandensein einer Struma parenchymatosa, sowie der günstige Einfluss einer Jod-Thyreoidintherapie auch auf den Larynxtumor lässt M. an eine Nebenschilddrüse im Kehlkopf denken, welche Diagnose allerdings erst histologisch sicherzustellen wäre. Endolaryngeale Operation mit der Schlinge in eventuelle Aussicht genommen, wogegen Glas, Réthi und Weil sich aussprechen.

4. Menzel: Chronischer Pemphigus, ausschliesslich an der Mundschleimhaut, ein Jahr lang beobachtet.

Die Diagnose wird nach dem jetzigen Bild von Glas, Hajek und Chiari bezweifelt.

5. Heindl stellt eine durch Caustik und Sonnenlicht geheilte Tuberculose des Kehlkopfes vor.

6. Glas demonstrirt zwei grosse Zahncysten, die den grössten Theil der Kieferhöhle verdrängt hatten. Operation nach Luc-Caldwell. Heilung. Ferner einen Fall von Kieferhöhleneiterung im Anschlusse an eine Zahncaries. Es kam zur Nekrose und Perforation der medialen Wand und zur orbitalen und infraorbitalen Fistelbildung. Radicaloperation. Heilung.

Weil, Hajek und Roth sprechen sich gegen die Annahme aus, dass es sich in diesem Falle um eine Antritis exulcerans atque perforans handle, nehmen vielmehr an, dass die Periostitis zur Knochennekrose und zur Eiterung der Schleimhaut geführt hat.

7. Marschik spricht an der Hand eines Falles über ungünstige Resultate der radicalen extranasalen Siebbeinoperation, indem nach Resection des Proc. frontalis mit dem Ductus nasofrontalis und Eröffnung der Stirnhöhle sich an der Wunde der inneren Nase Granulationsgewebe — später Narbengewebe — bildet, wonach es zur Contractur der ganzen Partie kommt. Dagegen giebt es drei Maassnahmen: 1. Eröffnung des Siebbeins durch die Lamina papyracea — Stirnhöhle, wenn gewünscht, von oben trepaniren —. 2. An jede Stirnhöhlenoperation mit Resection des Ductus nasofrontalis die Radicaloperation behufs Verödung der Höhle anschliessen oder 3. durch plastische Eingüsse den Defect an der Innenseite primär decken, um so die Bildung von Granulationen resp. Narbengewebe zu verhindern.

Hajek spricht sich gegen die Radicaloperation der Stirnhöhle bei isolirter Siebbeinerkrankung aus und legt Werth auf ausgiebige Drainage und entsprechend sorgfältige Nachbehandlung.

8. Marschik demonstrirt ein Sklerom der Nase und des Rachens, das mit einer Nebenhöhlenerkrankung complicirt ist. Radicaloperation sämmtlicher Nebenhöhlen einer Seite — Defect am Siebbeindach, in dem die Dura bloss liegt — brachte Heilung.

9. Marschik legt das Präparat eines Cylindroms des Keilbeins vor. Das Radiogramm zeigte als Nebenbefund einen Defect der Nebenhöhlen bei auffallend dicken Schädelwänden, wie bei der Leontiasis ossea.

10. Braun demonstrirt einen Fall von Pemphigus der Mundschleimhaut, der Lippe und Wange. Hanszel.

III. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Die Themata für die Referate werden nach dem Beschlusse des vorbereitenden Internationalen Comités lauten:

1. Die Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Laryngologie.
2. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Indicationen und Contraindicationen.
3. Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachenraums in seiner Beziehung zum übrigen Körper.

Es besteht die Absicht, eine Sonderausstellung zu veranstalten, durch welche die in den beiden ersten Referaten behandelten Gebiete veranschaulicht werden sollen.

Die Namen der Referenten sind noch nicht definitiv bestimmt.

Finder.

XVIII. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Das Programm ist vorläufig wie folgt festgestellt:

Am 11. Mai 1910, Abends von 4—6 Uhr, zwanglose Demonstrationen einiger Dresdener Herren. Abends von 8 Uhr an Begrüssung.

Am 12. Mai, Morgens von 1/29—1/21 Uhr wissenschaftliche Sitzung. 1/22 Uhr Nachmittags Geschäftssitzung; dann Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen. 5 Uhr Nachmittags Festessen. Nach demselben gemüthliches Zusammensein.

Bis zum 23. März waren folgende Vorträge angemeldet:

1. Herr Seifert (Würzburg): Beiträge zur Amputation der Epiglottis.
2. Herr Jurasz (Lemberg): Beiträge zur Pathologie und Therapie des Skleroms.
3. Herr Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.
4. Herr Winkler (Bremen): a) Schnittführung bei der submucösen Fensterresection. b) Klinische Beiträge zur Tonsillarfrage.
5. Herr Nadoleczni (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.
6. Herr Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
7. Herr Hegener (Heidelberg): Ein binoculares stereoskopisches Kehlkopf-Fernrohr.
8. Herr Siebenmann (Basel): Thema vorbehalten.
9. Herr Polyák (Budapest): Ueber Principien der intranasalen Chirurgie. (Gleichzeitig bilaterale Operationen, Anästhesie, Asepsis, Nachbehandlung etc.)
10. Herr Ephraim (Breslau): Ueber endo-bronchiale Therapie, besonders bei chronischer Bronchitis und Bronchialasthma.
11. Herr Max Senator (Berlin): Zur Behandlung der Aphonia hysterica.
12. Herr Hansberg (Dortmund): a) Bronchoskopie bei Säuglingen. b) Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome in der Fossa spheno-palatina.
13. Herr Manasse (Strassburg): Ueber Mucocele und Exostosen der Stirnhöhle. (Mit Demonstrationen.)
14. Herr Hugo Stern (Wien): Thema vorbehalten.
15. Herr Edmund Meyer (Berlin): Tuberculinbehandlung bei Kehlkopftuberculose,
16. Herr Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.
17. Herr Killian (Freiburg): Kleinere Mittheilungen.

In der Geschäftssitzung wird Herr Bernhard Fränkel Antrag auf Verleihung des Laryngologenpreises aus der Bernhard Fränkel-Stiftung stellen.

Das ausführliche Programm wird auf Wunsch durch den Schriftführer, Herrn Dr. F. Blumenfeld in Wiesbaden, Taunusstrasse 4, versandt.

---

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr. 1910.

Die Versammlung wird vom 18. bis 24. September tagen. Einführender der 22. Section — Hals- und Nasenheilkunde — ist Prof. Gerber in Königsberg, an den Mittheilungen betreffs Demonstrationen und Vorträge, sowie eventuelle Anfragen zu richten sind.

In Hinsicht auf die Stellung unserer Specialdisciplin ist ein reger Besuch der Section besonders erwünscht. Da an der Universität Königsberg die Laryngologie eine besondere Vertretung hat, so liegt es im Interesse des Ansehens, das unser Fach dort geniesst, wenn die laryngologische Section neben den anderen einen recht stattlichen Eindruck macht.

VIII. Congress of American Physicians and Surgeons.

Der Congress findet am 3. und 4. Mai in Washington statt. Vertreter der American Laryngological Association, die bei Gelegenheit des Congresses zu ihrer 32. Jahresversammlung zusammentritt, im Präsidium ist Dr. James E. Logan (Kansas City).

Das Executivcomité des Congresses hat jeder der vertretenen Gesellschaften empfohlen, in einer Nachmittagssitzung vom speciellen Standpunkt ihres Sonderfaches aus das Thema von der Vaccine-Therapie durch eigens dazu bestimmte Redner erörtern zu lassen. Die American Laryngological Association wird sich zu dieser Sitzung mit den Gesellschaften für Otologie und Rhinologie vereinigen und hat folgende Redner dafür bestimmt: J. W. Gleitsmann (New-York), H. S. Birkett (Montreal, Canada), F. C. Cobb (Boston), C. G. Coakley (New-York).

Personalnachricht.

Unser verehrter langjähriger Mitarbeiter, Dr. Peter McBride in Edinburgh, hat sich von seiner ärztlichen Thätigkeit zurückgezogen. Diesen Anlass haben, wie wir dem British Medical Journal entnehmen, seine ehemaligen Assistenten benutzt, um den Scheidenden durch ein Abschiedsdiner zu feiern, das am 28. Januar unter dem Vorsitz von R. H. Blaikie stattfand, und bei dem ihm ein Album mit den Bildern seiner gewesenen Assistenten überreicht wurde. Dr. McBride hat zu unserer grossen Freude eingewilligt, auch in seinem Buen retiro, in das ihn unsere besten Wünsche begleiten, Mitarbeiter des Centralblatts zu bleiben.

Redaction.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Mai. 1910. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **D. Bryson Delavan. Die laryngologische Arbeit der British Medical Association und des XVI. Internationalen medicinischen Congresses 1909. (A report on some of the laryngological work of the British Medical Association and of the XVI. International Medical Congress in 1909.)** *N. Y. Medical Record. 29. Januar 1910.*

Verf. ist, wenn er die Gesammtsumme des bei den beiden Congressen zu Tage Geförderten zieht, überrascht davon, wie wenig Neues dabei zu verzeichnen ist. Eine grosse Anzahl von Methoden und Autoren sind zu Unrecht der Vergessenheit anheimgefallen. So haben manche Nebenhöhlenchirurgen einen etwas zu grossen Ruhm gewonnen auf Kosten der Männer, denen wir unsere besten Kenntnisse über den Gegenstand verdanken; vor allem beklagt Verf. den Rückgang in der Werthschätzung der intranasalen Methoden bei Nebenhöhlenerkrankungen. Ferner weist er darauf hin, wie schade es ist, dass so wenige Autoren ihre unglücklich verlaufenen Fälle mittheilen. Er führt als rühmliche Ausnahme Delsaux an, der sich gelegentlich der Besprechung der Laryngostomie nicht scheute, seine Mortalität auf 16,6 pCt. anzugeben.

Zum Schluss begrüsst es Verf. als ein erfreuliches Zeichen, dass bei der Discussion über Nebenhöhlenerkrankungen auf dem Budapester Congress sich eine deutliche Tendenz zu Gunsten der conservativen Methoden bemerkbar machte.

EMIL MAYER.

2) **O. Chiari** (Wien). **Die Laryngo-Rhinologie in den Unionstaaten Nordamerikas.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 223. 1909.*

Verf. giebt vorerst einen Ueberblick über das medicinische Studium in Amerika. Ungefähr in seinem 16. Jahre tritt der Amerikaner, nachdem er das Diplom einer Mittelschule besitzt oder ein sogen. Staatsexamen abgelegt hat, in eine Universität ein. An diesen Universitäten, die zum grössten Theil Privatinstitute und

nicht vom Staate subventionirt sind, werden hauptsächlich klassische und moderne Sprachen, Geschichte, Mathematik, Philosophie und Naturwissenschaften gelesen.

Nach Vollendung des Universitätsstudiums kommt der zukünftige Arzt in ein Medical College, welches ganz oder doch zum Theil von den Universitäten unabhängig ist. In diesen Colleges dauert das Studium gewöhnlich 4 Jahre. Im ersten und zweiten Jahre bilden Anatomie, Physiologie, Bakteriologie, Chemie und Physik die Hauptunterrichtsgegenstände, während die letzten zwei Jahre dem klinischen Unterricht gewidmet sind. Die Bedingungen für den klinischen Unterricht sind aus mehrfachen Gründen nicht gerade vortheilhaft.

Für die bereits in der Praxis stehenden Aerzte giebt es zu ihrer weiteren Ausbildung Postgraduate Schools.

Die Laryngo-Rhinologie wird in allen Medical Colleges im dritten oder vierten Studienjahre gelehrt. Der Student ist verpflichtet, an den theoretischen Vorlesungen und am practischen Unterricht theilzunehmen und muss am Ende des Jahres eine Prüfung ablegen, die an mancher Schule nur eine schriftliche ist.

Die wissenschaftliche Thätigkeit der amerikanischen Specialisten ist eine sehr rege. Specialfach-Journale existiren nur in geringer Zahl. OPPIKOFER.

3) **Ludwig** (Wien). **Athmungsgymnastik beim Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 1.*

Verf. veröffentlicht vier Fälle, bei denen schon alle üblichen Behandlungsmethoden, wie operative Behandlung der Nase, Verabreichung von Atropin, Jodkali, Morphin, vergeblich angewandt waren.

Seine Behandlung bestand darin, die Patienten möglichst lange bei Vermeidung jeder Kraftanwendung ausathmen zu lassen und die Inspiration möglichst zu verkürzen. Diese Athmung lernen die Patienten an dem von Hofbauer früher angegebenen Apparate und setzen die Uebungen dann zu Hause allein fort.

SALZBURG.

4) **Goldscheider. Die physikalische Behandlung des Asthma bronchiale.** (Referat.) *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 3.*

Kritisches Referat über die Asthmabehandlung, am besten im Original zu lesen. Den Rhinologen interessirt besonders die berechtigte Warnung vor fortgesetzten nasalen Eingriffen und die Behandlung durch Brennen nach Auffindung der asthmogenen Punkte nach Brügelmann. SALZBURG.

5) **John Edward Bornes. Natriumnitrit bei Bronchialasthma. (Sodium nitirte in bronchial asthma.)** *Journal American Medical Association. 18. December 1909.*

Verf. berichtet über einen mit Erfolg behandelten Fall. In schweren Fällen soll die Anfangsdose ca. 0,12 g per os betragen; ist die Dyspnoe hochgradig, so soll das Mittel subcutan gegeben werden. Das Mittel hat eine bemerkenswerthe Wirkung auf die glatte Muskulatur. Die Grenze der Dosirung ist dadurch gegeben, dass ein Gefühl der Spannung im Kopf und Kopfschmerzen auftreten.

EMIL MAYER.

6) **Rudolf Goldmann** (Kairo). **Die Indicationen Aegyptens bei Krankheiten des oto-laryngologischen Specialgebietes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1910.*

Schilderung der klimatischen Verhältnisse Aegyptens und Hinweis auf die günstigen Heilungsbedingungen für die verschiedenen Affectionen der oberen Luftwege und des Ohres. HECHT.

7) **Glas** (Wien). **Die Bedeutung der Rhinologie und Laryngologie für die interne Diagnostik und Therapie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1909.*

Kurzer Hinweis auf den Zusammenhang von Nasenbluten, Nasenverengerung aus den verschiedenen bekannten Gründen, Nebenhöhlenaffectionen, Neuralgien und Reflexneurosen mit internen Erkrankungen, sowie Begründung der Wichtigkeit der rhino-pharyngo-laryngologischen Untersuchung mit Rücksicht auf einzelne Allgemeinerkrankungen. Unter diesem Gesichtspunkte wird auch die Oesophagoskopie und die Tracheobronchoskopie besprochen. HANSZEL.

8) **J. W. Summers. Die Beziehungen von Augen-, Ohren- und Halskrankheiten zur allgemeinen Praxis. (The relation of eye, ear, nose and throat disease to the general practice.)** *The Medical Council. October 1909.*

Eine für den allgemeinen Practiker bestimmte Artikelserie. EMIL MAYER.

9) **Luigi Rugani. Ueber die exsudative Diathese in der Oto-Rhinolaryngologie. (Sulla diatesi exsudativa nella oto-rinolaringologia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. März 1910.*

Verf. geht von den Arbeiten von A. Czerny und Ventura (Rivista di Clinica Pediatrica, Vol. VIII) aus. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die exsudative Diathese, die hauptsächlich bei Kindern sich findet, ist ein besonderer individueller Zustand, der häufig vererbt ist und unter der Wirkung einer bestimmten fettbildenden Diät zu einem Turgor verschiedener Gewebe (Haut und Schleimhäute) führt.

2. Die exsudative Diathese bewirkt häufig Veränderungen an Ohr, Nase und Hals.

3. Es steht noch nicht fest, ob der Begriff der exsudativen Diathese ein selbstständiger ist oder ob er mit der Skrophulose und dem Status lymphaticus zusammengeworfen werden muss.

4. Die exsudative Diathese stellt einen einfachen irritativen, keinen entzündlichen Process dar. Sie ist charakterisirt durch flüchtige Schwellungszustände der Schleimhaut, die schnell vorübergehen und ebenso leicht recidiviren; das lymphatische Gewabe ist nicht dabei betheiligt.

5. Die Erscheinungen bei der exsudativen Diathese sind zurückzuführen auf toxische Producte, die infolge zu fettreicher Nahrung entstehen.

6. Demgemäss ist die Therapie auch vor allen Dingen eine diätetische.

FINDER.

10) **Aboulker. Erkrankungen des Mundes, der Nase, des Rachens, Lungenkrankheiten vortäuschend. (Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Langjähriger Husten, Asthma, Hämoptoe können von Affectionen der Nase und des Rachens ausgehen. Aboulker bringt einige Krankengeschichten, um zu zeigen, wie nach Abtragung eines Nasenpolypen oder Amputation des verlängerten Zäpfchens rapid jahrelang bestehende, falsch gedeutete Krankheitszustände verschwunden sind. Vielfach werden solche Patienten als mit Lungentuberculose behaftet betrachtet und derartig behandelt. Namentlich sind solche Irrthümer häufig, wenn die Patienten an Hämoptoe leiden. Wiederholt ist es dem Autor geglückt, als Quelle solcher Blutungen die Nase, das Cavum, ja sogar das Zahnfleisch in einem Falle beschuldigen zu können. LAUTMANN.

11) **F. Gurney Stubbs. Septische Wirkungen der chronischen Infectionen von Nase und Hals. (Septemic effects of chronic infections of the nose and throat.)** *The Lancet Clinic. 27. März 1909.*

Verf. bespricht besonders die von den Nebenhöhlen ausgehenden septischen Erkrankungen, fernerhin die Rolle, die der Waldeyer'sche Schlundring als Eingangspforte für Infectionen spielt. EMIL MAYER.

12) **Walter F. Chappell. Bericht über die neuere Chirurgie der oberen Luftwege. (Remarks on recent surgery of the upper air tract.)** *Dominion Medical Monthly. Juli 1909.*

Verf. beschreibt seine Methode der Stillung von postoperativen Blutungen nach Tonsillotomie, die im Wesentlichen darin besteht, dass ein Schwämmchen zwischen die Gaumenbögen eingenäht wird.

Ferner beschreibt er eine von John Mackenty angegebene Operation zur Erweiterung der Nase, bei der der Nasenboden vertieft wird. EMIL MAYER.

13) **Graeffner. Beobachtungen an Gaumen, Rachen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 439. 1910.*

G. untersuchte die oberen Luftwege bei 200 Fällen cerebraler Hemiplegie (102 rechtsseitige, 95 linksseitige und 3 doppelseitige Lähmungen). Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Bei Hemiplegikern findet man häufig augenfällige Bewegungsstörungen im weichen Gaumen, seltener im Kehlkopfe. Zu solchen disponirt in höherem Maasse das Ueberstehen mehrfacher Insulte. Die Bewegungsstörung entspricht meist, aber nicht immer, der gelähmten Seite. Isolirte Lähmung des contralateralen Stimmbandes hängt, sofern nicht extracerebrale Complicationen vorliegen, nicht mit einer Grosshirn-, sondern mit einer bulbären Affection zusammen. Stimmbandtremor und -Ataxie sind nach Apoplexie erheblich seltener, als bei Tabes oder multipler Sklerose. Bei der Irregularität resp. Veränderlichkeit der Uvularichtung Hemiplegischer, wie auch bei der relativen Häufigkeit dieser Vorkommnisse bei Gesunden ist daraus allein keine Folgerung auf Apoplexie zu ziehen. Jedoch berechtigt hierzu die zeltartige Verziehung des weichen Gaumens (Tetzner), gleich-

viel nach welcher Richtung. Die Areflexie oder Hyporeflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes ist ebenfalls als Symptom verwerthbar.

OPPIKOFER.

14) **Gerber** (Königsberg). **Ueber das Sklerom.** *Med. Klinik. 7. 1910.*

Von dem unwiderlegbaren Standpunkt ausgehend, dass die Verhütung der Weiterverbreitung des Skleroms die vornehmste Aufgabe aller derer sein müsse, welche sich für diese Krankheit interessiren, schildert Gerber seine diesbezüglichen Erfahrungen hauptsächlich vom Standpunkte des Practikers und illustrirt seine Ausführungen durch 10 die wesentlichsten Formen darstellende Abbildungen.

SEIFERT.

15) **Baurowicz. Ueber die Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms. (W sprawie zwalczania szeczenia sio twarchieli.)** *Przeglad Lekarski. No. 46. 1909.*

Wenn man die Ausbreitung des Skleroms erfolgreich bekämpfen will, so muss nach Ansicht des Verf.'s jeder Fall vom Arzte der sanitären Behörde gemeldet werden; ferner soll sich der Arzt genau über die derzeitige und frühere Wohnung des Kranken informiren. Da bekanntlich das Sklerom nur selten isolirt auftritt, so soll der Arzt in dem Wohnungsorte des Kranken auch nach anderen ähnlichen Fällen Umschau halten und so den Herd der Krankheit ausfindig machen. Ferner soll in diesem Falle den Kranken behördlich verboten werden, ihren Wohnort zu wechseln. Dann giebt Verf. die hierbei in Betracht kommenden hygienischen Maassregeln an, wie auch die anfangs vorkommende Schwierigkeit bei der Durchführung eines solchen Verfahrens; die genaue Durchführung der angegebenen Regeln kann auch auf die internationalen sanitären Verhältnisse einwirken.

A. v. SOKOLOWSKI.

16) **H. Hays. Eine neue Untersuchungsmethode für die hintere Nase, die Tuben und den Larynx mit einem elektrischen Pharyngoskop.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 495. 1910.*

Die Untersuchung wird bei geschlossenem Munde des Patienten vorgenommen. Da das auf der Zunge liegende Instrument den Patienten nicht belästigt, so kann es lange in seiner Lage gehalten werden und deshalb die pathologischen Veränderungen im Retronasalraum und Larynx genau untersucht werden. Abbildung des Instruments.

Abgesehen davon, dass das Instrument einem wesentlichen Bedürfniss nicht entspricht und die Spiegeluntersuchung nicht ersetzen wird, hat es den grossen Nachtheil, dass es durch Kochen nicht sterilisirt werden kann. Verf. empfiehlt das Instrument durch Formalindämpfe zu desinficiren.

OPPIKOFER.

17) **J. Hegener** (Heidelberg). **Die binocular-stereoskopische Untersuchung des Larynx, Epipharynx, sowie des Trommelfells.** *Beiträge zur Anat.. Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 222. 1909.*

Die binocular-stereoskopische Untersuchung hat erhebliche Vortheile vor der monocularen: Bedeutende Verfeinerung der Tiefenwahrnehmung, körperliche An-

schauung der beobachteten Objecte. Für die Untersuchung des Kehlkopfes und des Epipharnyx fehlten bis heute Instrumente, die ein stereoskopisches Sehen ermöglichen. H. hat nun ein solches Instrument construirt: Zwei dreifach vergrössernde Prismenfernrohre des Zeisswerkes werden von dem Untersucher mittelst Hartgummireifen am Kopfe getragen. Zwischen den Fernrohren befindet sich die Beleuchtungsvorrichtung, bestehend aus einer Brünings'schen Sternfadenglühlampe mit vorgeschalteter Sammellinse. Das Instrument ist abgebildet und wird genau beschrieben. Alle Versuche sind noch nicht abgeschlossen; das Zeisswerk in Jena hat die fachmännische Durchconstruirung und Herstellung übernommen.

H. hofft, dass das plastische Sehen, besonders im Verein mit der vortheilhaften Vergrösserung der Objecte, in manch zweifelhaften Fällen für die Diagnostik von Werth sein wird. Bei abnorm engen Verhältnissen wird das Instrument versagen oder auch dann, wenn der Untersucher kein stereoskopisches Wahrnehmungsvermögen hat.

OPPIKOFER.

18) **Kurt Schmuckert** (Freiburg i. Br.) **Zur endoskopischen Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Mit 4 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 11. 1910.*

Sch. schildert das nach seinen Angaben bei Reiniger, Gebbert und Schall angefertigte Instrument, das nach dem Princip des Hays'schen Pharyngoskopes gebaut und durch leicht auswechselbare und auskochbare, flachovale, auf das Instrument gut passende Glashülsen zu ausgedehnterer Verwendung geeignet ist. Bau des Instrumentes und Technik der Untersuchungsmethode sind genau beschrieben und durch instructive Abbildungen, denen auch ein pharyngoskopisches Gesammtbild des Nasenrachenraumes und der Kehlkopfgegend beigegeben sind, anschaulich geschildert. Die pharyngoskopischen Bilder zeichnen sich durch ihre „Lichtfülle, die wunderbare Plastik und vor allem durch das grosse übersichtliche Gesichtsfeld" aus und sollen gerade dem practischen Arzte — auch ohne die Beherrschung der bisweilen schwierigen Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und Kehlkopfes mit Spiegeln — die Möglichkeit bieten, sich über Veränderungen in diesem Gebiete zu orientiren.

HECHT.

19) **Alexander** (Bad Reichenhall). **Inhalationsapparat mit Kühler und Condenswasserverhütung.** *Med. Klinik. 10. 1910.*

Der Apparat wird vornehmlich zur Naseninhalation von physiologischer Kochsalzlösung, Alsol- und Resorcinlösung empfohlen.

SEIFERT.

20) **C. A. Bucklin. Das Respirometer und seine Desinfection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Der Autor ist zu folgenden Schlüssen gelangt: Personen, welche, obwohl die natürlichen Oeffnungen ihrer Nasenlöcher weit sind, das Wasser im Respirometer nicht über 12—13 Zoll heben können, haben weder Heufieber noch Asthma, wenn dieses nicht durch eine Herzcomplication bedingt ist. Besteht bei ihnen eine tuberculöse Erkrankung der Lunge, so giebt sie eine relativ günstige Prognose.

Ueber Zusammensetzung und Desinfection des Respirometers ist im Original nachzulesen.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **E. Bergh** (Malmö). **Technische Mittheilungen.** *Mit 1 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngol.-Rhinol. Heft 12. 1909.*

1. „Ein Fremdkörperhäkchen für die Nase." Modification des Hajek'schen Siebbeinhakens nebst Abbildung.

2. „Lackirte galvanokaustische Brenner und Schlingenröhren."

B. empfiehlt, die „mit Seide umsponnenen" Brenner und Röhren mehrmals mit einer Asphaltlacklösung zu überstreichen, wodurch dieselben dauerhafter werden und mit den verschiedenen Desinfectionsmitteln, ohne zu leiden, desinficirt werden können.

[Die schon seit Jahren erprobten auskochbaren Elektrolysennadeln, Brenner und Schlingenröhren scheinen dem Autor nicht bekannt zu sein. Ref.]

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Bresgen** (Wiesbaden). **Nasenleiden und Sympathicus.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 125. 1909.*

Die Nasenschleimhaut ist reich an sympathischen Fasern, die bei jeder Art von Rhinitis überempfindlich werden und dann auf dem Wege des Sympathicus Krankheitserscheinungen in von der Nase entfernten Körpergebieten hervorrufen können.

Es giebt in der Nase keine an bestimmte Stellen der Nasenschleimhaut gebundene Reizpunkte, also keine bestimmten Asthma-, keine Genitalpunkte. Die Nasenschleimhaut muss als einheitliches Ganzes betrachtet werden.

OPPIKOFER.

23) **Mahu. Ueber die Beziehungen der Nasenschleimhaut zum Geschlechtsapparat des Weibes. (Relations entre la muqueuse du nez et l'appareil génital de la femme.)** *Presse Médicale. No. 22. 1910.*

Angeregt durch einen eclatanten Erfolg hat Mahu auf Aufforderung von Prof. Bars 60 theils schwangere, theils nicht schwangere Patientinnen untersucht, um festzustellen, ob zwischen Nasenschleimhaut und dem Geschlechtsapparat des Weibes Beziehungen bestehen und ob die von Fliess ausgesprochenen Theorien und deren practische Consequenzen richtig sind. Was die Periode anbelangt, so macht diese beim nasengesunden Weibe sich nicht besonders in der Nase kenntlich. Desgleichen scheint auch die Schwangerschaft nur selten Nasenverstopfung, Epistaxis, zu bedingen. In einem Falle war Anosmie durch die Schwangerschaft bedingt. Während der Geburtsarbeit scheint die Nasenschleimhaut nicht besonders influencirt zu werden. Was die Beeinflussung des Periodenschmerzes anlangt, so wurde durch die Cocainprobe und die Galvanokauterisation bei einigen, durchweg nicht in der Mehrzahl, der Schmerz auf Stunden und Tage beeinflusst, kehrte aber wieder. Bei einigen wurde sogar die Dysmenorrhoe nach der galvanokausti-

schen Behandlung der Nase nur noch ärger. Die Geburtswehen wurden hingegen viel öfter günstig beeinflusst, namentlich durch einen Cocainspray in die Nase. Jedoch scheint es, dass die Geburtsarbeit hierdurch eine Verzögerung erlitten habe.

LAUTMANN.

24) **Swershewski. Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Auges. (W saimo oknoschenija meshde sabolewanijami nosa i glasa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 8. 1909.*

Der Inhalt ist bereits in diesem Blatte referirt. P. HELLAT.

25) **Ziem** (Danzig). **Ueber Beziehungen der Lähmung des Nervus oculomotorius zu Krankheiten der Nase, beziehungsweise der Keilbeinhöhle.** *Med. Klinik. 9. 1910.*

Bei einem 35 jährigen Arbeiter entstand eine Theilparalyse des linken Oculomotorius, offenbar von einer Naseneiterung herrührend, die sich nach der Keilbeinhöhle hin ausdehnte. Auffallend war, dass der Process rasch zurückging, als der Patient seine ungesunde, feuchte Wohnung verlassen hatte, ohne dass ein chirurgischer Eingriff in der Nase nöthig geworden wäre. SEIFERT.

26) **Dewatripont. Ueber die bakteriologischen Beziehungen zwischen den Nasenleiden und den Erkrankungen der Thränenwege.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 5. 1910.*

Offenbar durch Versehen in eine rhinologische Revue hineingerathen, da ausser dem Titel sich gar nichts auf Nasenerkrankungen bezieht. Für Augenärzte bringt der Artikel eine Zusammenstellung der neuesten therapeutischen Maassnahmen. LAUTMANN.

27) **W. Koster** (Leiden). **Weitere Erfahrung über die permanente Drainage des Thränenabfuhrweges. (Nadere ervaring omtrent de permanente drainage van den traanafvoerweg.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2024. 1909.*

Die früher beschriebene Methode der Behandlung der Erkrankungen des Thränenweges mittelst eines durch den Thränennasencanal hindurchgeführten Seidenfadens, dessen Enden vor dem Gesicht zugeknüpft werden und der 1 bis 3 Monate in situ bleibt, hat bei fortgesetzter Anwendung nur ausgezeichnete Resultate ergeben. K. theilt kurz weitere 32 Fälle mit. Die Technik ist insofern vereinfacht worden, dass K. jetzt nicht mehr das untere Ende des eingeführten Drahtes in der Nase mit einem Häkchen oder einer Pincette fasst. Er führt einen einfachen oder doppelten, mit Leim versteiften Faden durch die Hohlsonde langsam ein, bis derselbe ungefähr in einer Länge von 10 cm auf dem Nasenboden liegt. Den dort erweichten Fadenknäuel lässt er dann einfach vom Patienten ausblasen.

H. BURGER.

28) **H. Moulton. Stricturen des Ductus nasalis. (Nasal duct strictures.)** *N. Y. Medical Record. 24. October 1908.*

Verf. empfiehlt Bleisonden, denen er vor den Aluminium- und Silbersonden eine Reihe Vorzüge nachrühmt. Man entfernt die Sonde alle 3—4 Wochen, jedoch hat Verf. sie in einem Falle 6 Monate lang liegen lassen. LEFFERTS.

29) **Friedrich Müller** (Heilbronn). **Dentaler Stirnkopfschmerz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles, bei dem durch Caries und Pulpitis eines Molaris bezw. Prämolaris ein nasal und allgemein erfolglos behandelter Stirnkopfschmerz über der Nasenwurzel, dem sich später noch eine entsprechende Otalgie anschloss, durch sachgemässe Zahnbehandlung endgültig beseitigt wurde. Anschliessend weitere Erörterungen über die ätiologische Bedeutung von Zahnkrankheiten für eine Reihe von Neuralgien.

HECHT.

30) **Howard F. Hannsell. Orbitalcomplicationen bei Stirnhöhlenerkrankung. (Orbital complications of disease of the frontal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. erwähnt folgende drei Möglichkeiten einer Orbitalcomplication: 1. Mechanische Verlagerung (Protrusion nach unten). 2. Infection infolge directer Invasion des Eiters durch den perforirten Knochen oder auf dem Gefässwege oder indirecte Infection (Caries des Orbitaldachs, Thrombophlebitis der Orbita, Thrombosis des Sinus cavernosus, Infection des Gehirns und Fortleitung der Keime längs der Opticusscheide zu dem Augapfel, den Muskeln und dem Thränenapparate). 3. Functionelle Erkrankung ohne anatomischen Befund (Asthenopie, Gesichtsfeldeinengung, Beschränkung des centralen Sehens, centrales Skotom).

EMIL MAYER.

31) **W. Bailey. Die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. (The treatment of frontal sinus suppurations.)** *Chowa Medical Journal. December 1908.*

Von den sonst nichts wesentlich Neues enthaltenden Aussprüchen des Verf.'s verdient folgender hervorgehoben zu werden: „Aus anatomischen Gründen ist die intranasale Operation zur Radicalbehandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung als eine Methode zu betrachten, die gefährlich ist, auszuführen und noch gefährlicher, zu empfehlen."

EMIL MAYER.

32) **S. Citelli** (Catania). **Ueber zwei mit meiner Methode behandelte klinische Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. 341. 1909*

Nachdem Citelli sein Operationsverfahren (Trepanation der vorderen Stirnhöhlenwand, Auskratzung der eiternden Stirnhöhle und Eingiessen von mit Jodoform versetztem Paraffin) an drei Hunden versucht hatte (Referat s. Centralbl. f. Laryngologie Bd. 24, 1908, S. 490), wandte er die Methode nun auch an zwei Menschen an.

Bei dem ersten Falle (vereiterte Mucocele der linken Stirnhöhle) goss er mit 15proc. Jodoform versetztes sterilisirtes Paraffin vom Schmelzpunkt 46 langsam in die Stirnhöhle ein, bei dem zweiten Falle die Mosetigmischung No. 2 (Sesamöl und Walrat je 40,0, Jodoform 60,0).

Abgesehen davon, dass im ersten Falle ein Recidiv eintrat, kann sich Referent aus mehrfachen Gründen für diese Methode nicht begeistern. Denjenigen, die Neigung hätten, diese Operationsmethode zu versuchen, ist dringend anzuempfehlen, vorerst die zwei diesbezüglichen Originalarbeiten durchzulesen.

Nach C. ist es rathsam, nur jüngere Individuen oder Individuen mit kleineren Stirnhöhlen nach dieser Methode zu behandeln. Bei grossen Stirnhöhlen soll man vor Eingiessen des Paraffins den eiternden Sinus von der Trepanationsöffnung aus lange Zeit offen behandeln, bis sich die Höhle durch neu gebildetes gesundes Bindegewebe merkbar verkleinert hat. OPPIKOFER.

33) **Dahmer** (Posen). **Stirnhöhlenoperationen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. giebt nach kritischer Bewerthung der conservativen Methoden zur Behandlung der Stirnhöhleneiterungen eine eingehende Beschreibung seiner eigenen Fälle, die er seit 1904 mit nur wenigen Ausnahmen nach Killian mit Erhaltung der Knochenspange operirt hat.

Er theilt die Kranken- und Operationsgeschichten folgendermaassen ein:

A. Typische Killian'sche Operationen.

B. Typische Killian'sche Operation in Localanästhesie.

C. Radicaloperationen der Stirnhöhle mit alleiniger Fortnahme der orbitalen und lateralen Wand, einschliesslich Thränenbein und Processus frontalis des Oberkiefers.

D. Atypische Stirnhöhlenoperationen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

34) **Harmer** (Prag). **Indicationen bei Behandlung der Stirnhöhleneiterungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 21. 1909.*

In jedem Falle von Stirnhöhleneiterung soll zunächst conservativ behandelt werden. Die Radicaloperation ist selten indicirt. CHIARI.

35) **Tapia** (Madrid). **Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. (Indicaciones del tratamiento quirurgico de las sinusitis frontales.)** *Revista Clinica de Madrid. 15. September 1909.*

In der Arbeit tritt die Tendenz zu Tage, die Indicationen für die radicalen externen Methoden einzuschränken.

Latente Sinusitis: a) ohne Schmerz, mit wenig Eiter, ohne Granulationen im mittleren Nasengang: endonasale Methode; b) mit Schmerzen, viel Eiter, Polypen im mittleren Nasengang. Endonasale Methode und, wenn diese nach einiger Zeit sich als nicht genügend erweist, Radicaloperation.

Complicirte Sinusitis: Radicaloperation.

Combinirte Sinusitis: Verfahren je nach der Form jeder einzelnen Sinusitis. AUTOREFERAT.

36) **E. A. Crockett. Welche Operationsmethode ist die beste bei Erkrankungen des Stirnbeins. (What type of operation is best adapted for the reliefs of disease of the frontal bone.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Januar 1909.*

Die vom Verf. ausgesprochenen Grundsätze sind die allgemein für die Stirnhöhlenbehandlung anerkannten. Unter 75 Fällen war nur dreimal ein secundärer Eingriff nothwendig. EMIL MAYER.

37) **Tóvölgyi** (Budapest). **Nach zweimaliger Operation zum dritten Male recidivirender Fall von Stirnhöhlenempyem.** *Orvosi Hetilap. No. 44. 1909.*

Patient wurde 1902 nach Ogston-Luc operirt und nach 52 Tagen als geheilt demonstrirt. Nach ferneren 3 Wochen neue Recidive, und es musste durch das verletzte Septum interfrontale auch die andere Stirnhöhle ausgekratzt werden. Nach 3 Monaten wurde der Fall von chirurgischer Seite nach Killian operirt, die Siebbeinzellen wurden aber nicht ausgeräumt. Patient hat seither viel an starken Kopfschmerzen gelitten, sich aber erst unlängst dem Verf. vorgestellt. Beide Nasen waren voll von Polypen, nach deren Entfernung die Kopfschmerzen aufhörten.

In der Discussion, welche nach dieser Demonstration folgte, spricht C. Láng die Meinung aus, dass es sich hier nicht um recidivirende Eiterung der Stirnhöhlen, welche nach der Killian'schen Operation nicht mehr existiren, sondern um Eiterung der Siebbeinzellen gehandelt hat. Dagegen hält Vortragender seine Meinung aufrecht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

38) **R. H. Good. Eine intranasale Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle, wobei die weitest möglicho Drainage gewährleistet wird. (An intranasal method for opening the frontal sinus establishing the largest possible drainage.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Nach Abtragung der mittleren Muschel, Entfernung der Siebbeinzellen und des Processus uncinatus wird ein Stück des Processus frontalis des Oberkiefers abgemeisselt und die vordere mediale Siebbeinlabyrinthwandung von ihrem Ansatz an der Spina frontalis getrennt. Dabei werden ein oder zwei Protectoren eingeführt; eine Verletzung der Lamina cribrosa ist unmöglich. Sodann wird der laterale Theil der Spina frontalis abgeraspelt und dadurch der Raum zwischen der Spina und der Orbitalwand des Sinus erweitert. Schliesslich Curettage des Sinus. Die Operation kann unter Localanästhesie vorgenommen werden, jedoch ist es besser, den Patienten beim letzten Theil der Operation zu narkotisiren. Die Arbeit ist illustrirt.

EMIL MAYER.

39) **Hélot. Syphilitische Gummaknoten der Stirnhöhle. (Gommes syphilitiques du sinus frontal.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 3. 1910.*

Beide Fälle ziemlich analog: dicke Infiltration der Nasenwurzel, Oedem des Oberlides, Verdrängung des Bulbus nach abwärts in einem Fall. Das gleichzeitige Vorhandensein von Periostitis am Kopfe sicherte die Diagnose. Der Autor glaubt, dass manche Fälle von Stirnhöhleneiterung syphilitischer Natur sind.

LAUTMANN.

40) **Julius Veis** (Frankfurt a. M.). **Gummöse Erkrankung der Stirnhöhlen und Siebbeinhöhlen beiderseits.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Es handelte sich um enorme Zerstörung des Knochens im ganzen Bereiche beider Stirnhöhlen und Siebbeinzellen, die von bröckligen Massen erfüllt waren, untermischt mit nekrotischen Knochenstücken und Granulationen, ohne wesentliche Eiterung. Nach radicaler Operation und Darreichung von Jodkali trat völlige Aus-

heilung ein, nachdem Jodkali allein anfangs ohne jeden Erfolg gebraucht worden war.

Auch ein anderer Fall von Gummi des Periosts der vorderen Kieferhöhlenwand, der durch antiluetische Behandlung nicht beeinflussbar war, heilte erst mittels Jodkali, nachdem eitrige Massen durch Incision entfernt waren.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

41) **A. M. Anderson. Eine neue Stirnhöhlenzange. (A new frontal sinus punch.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1909.*

Das Instrument ist dazu bestimmt, den Ductus nasofrontalis auf endonasalem Wege zu erweitern. Nachdem die die untere Mündung des Ductus verlegenden Theile entfernt sind, wird das Instrument geöffnet und eingeführt. Die Einführung geht so leicht, wie bei einer Sonde. Die Möglichkeit einer Verletzung des Gehirns ist ausgeschlossen.

LEFFERTS.

42) **G. Boenninghaus** (Breslau). **Zur Kenntniss der traumatischen Mucocele des Sinus frontalis, insbesondere des Vorstadiums.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 116. 1909.*

An der Hand von 4 Fällen, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden und von denen die vierte die Anschauungen des Autors über das Zustandekommen der Mucocele am besten wiedergiebt, kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen: Wenn nach einem Stirntrauma Kopfschmerz ohne Naseneiterung zurückbleibt, muss man an Verschluss der Stirnhöhle mit consecutiver Schleimansammlung denken. Das constanteste Zeichen dieses Zustandes ist zunächst Dämpfung der betreffenden Stirnhälfte, weniger Verdunkelung derselben. Diese Zeichen können jahrelang der Ausdehnung der Stirnhöhle, der eigentlichen Mucocelenbildung, vorausgehen. Die Ausdehnung selbst macht sich zunächst als Abflachung des Stirnbodens bemerkbar oder als Prominenz der Stirn.

OPPIKOFER.

43) **Mermod. Myelinhaltige Flüssigkeitsansammlung in beiden Stirnhöhlen. Verwechselung der Sinusitis mit einem malignen Tumor. (Collection liquide à corpuscules de myéline des sinus frontaux. Erreur de diagnostic avec une tumeur maligne.)** *Archives Internationales de laryngol. T. XXVIII. No. 5.*

Es handelte sich um einen 64jährigen Patienten, der ausser occipitalen Kopfschmerzen und einseitigem Exophthalmus über nichts zu klagen hatte. Infolge des Exophthalmus ging die Cornea zu Grunde, infolge dessen Amaurose. Sechs Jahre nach Beginn der Symptome sah Mermod den Patienten und konnte absolut keinen pathologischen Nasenbefund feststellen; dagegen fühlte man deutlich hinter dem protrahirten Bulbus einen höckrigen Tumor, der vom Sinus zu kommen schien. Wegen der unerträglichen Schmerzen werden nach Enucleation des Bulbus beide Stirnhöhlen eröffnet. Es entleeren sich sofort beim ersten Meisselschlag ungefähr 90 g einer opaken, geruchlosen, gelbgrauen, aber klebrigen Flüssigkeit, die bakteriologisch untersucht sich frei von Mikroben und Leukocyten erwies und nur Myelinkörperchen, vermischt mit Detritus (Dermoid? Der Ref.) enthält.

Fälle von latenter doppelseitiger Sinusitis frontalis sind Raritäten. Noch seltener dürfte die Verwechselung mit einem malignen Tumor sein (in diesem Falle hatte der mindestens 6 Jahre alte Exophthalmus gegen einen malignen Tumor gesprochen, auch der Umstand, dass der Bulbus nicht infiltrirt war). Eine Rarität stellt aber der Inhalt dieser Sinusitis dar. LAUTMANN.

44) **O. Rick. Ein Fall von Osteom der linken Stirnbeinhöhle und die osteoplastische Aufmeisselung der Stirnhöhle nach Küster.** *Dissert. Marburg 1907.*

R. fand 48 Fälle von Stirnhöhlenosteom in der Literatur und theilt dieselben mit. Das Osteom, das Verf. beschreibt und abbildet, betraf einen 18jährigen Patienten, war hühnereigross, von knolligem Aussehen und hatte den Bulbus nach abwärts und vorn verlagert. Heilung ohne Entstellung.

Die in dieser Arbeit beschriebene osteoplastische Aufmeisselung unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von den heute bekannten osteoplastischen Methoden. OPPIKOFER.

45) **Frederick Krauss. Zwei Fälle von acuter eitriger — phlegmonöser — tödtlich verlaufender Ethmoiditis bei Kindern. (Two cases of acute suppurative — phlegmonous — ethmoiditis in children resulting in death.)** *N. Y. Medical Journal. 24. April 1909. N. Y. Medical Record. 8. Mai 1909.*

Es handelte sich um kleine Mädchen von 9 resp. 13 Jahren. Verf. wird immer mehr in der Ueberzeugung bekräftigt, dass acute eitrige Ethmoiditis mit Orbital- und Cerebralcomplicationen häufiger ist, als gewöhnlich angenommen wird, und dass bei jugendlichen Individuen diese Complication oft tödtlich ist. Die Indication zum operativen Eingriff bei acuten Formen ist gegeben durch plötzliche Temperatursteigerung, nächtliche Delirien, Anschwellung an der inneren Orbitalwand und den geringsten Exophthalmus. Frühzeitige Operation ist geboten. Wenn der Exophthalmus doppelseitig ist, so ist die Operation im Allgemeinen nutzlos, da dann die Affection gewöhnlich sich durch den Sinus cavernosus weiterverbreitet und zu allgemeiner Toxämie und Pyämie oder einer tödtlichen Hirnkrankheit geführt hat. LEFFERTS.

46) **Baurowicz. Ueber die Mucocele des Ethmoidalknochens. (O sluzowiaku koscisitowej.)** *Przeglad Lekarski. No. 49. 1909.*

Der Verf. beschreibt einen entsprechenden Fall bei einem 47jährigen Manne, der unter der Erscheinung der Erkrankung des Sinus frontalis verlief und bei dem erst die genaue Untersuchung der Nase den Krankheitsprocess aufklärte. Bei dem Patienten waren seit einem halben Jahre heftige Schmerzen der Stirn in der Gegend des Arcus superciliaris vorhanden. Späterhin entstand allmählich eine Erhebung in dieser Gegend, und zwar nicht weit von der Orbita. Die Erhebung nahm schnell zu, schmerzte bei jeder Berührung. Einige Zeit darauf begann Eiter aus der Nase zu fliessen, der noch bei der Berührung der Erhebung zunahm. Bei der Untersuchung wurde ein wallnussgrosser Tumor in der oberen Gegend der linken Orbita wahrgenommen, der bei der Berührung sich hart und nur in der Mitte weich anfühlte. Die Durchleuchtung gab deutlich eine Verdunkelung in der Gegend des rechten Frontalsinus zu erkennen. Bei der Rhinoskopie wurde deut-

lich ein Tumor nachgewiesen, der sich in der Gegend des vorderen Theiles der mittleren Muschel befand; er hatte die Grösse einer Wallnuss und reichte bis zum Septum. Bei der Sondirung des Tumors sonderte sich keine Flüssigkeit ab, erst bei der Berührung von aussen floss deutlich etwas Eiter. Der Tumor wurde mittelst der Scheere chirurgisch entfernt, wobei es sich herausstellte, dass man es hier mit einer Knochenblase zu thun hatte. A. v. SOKOLOWSKI.

47) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Kenntniss einer Mucocele des Siebbeins.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 10. 1909.*

Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles von ververeiterter Knochenblase der mittleren Muschel, „welche in ihrem Wachsthum nach oben gegen die Stirnhöhle vordrang und da zu einer Ausbuchtung in der Gegend der unteren Stirnhöhle gegen die Augenhöhle zu führte". Partielle Resection der Knochenblase von der Nase aus erzielte Heilung unter allmählichem Zurückgehen aller Erscheinungen. HECHT.

48) **Bourguet. Sarkom des rechten Siebbeins mit Fortleitung auf die Stirn-Kiefer-Keilbeinhöhle und auf die Orbita. (Sarcome de l'ethmoide droit propagé au sinus fronto-spheno-maxillaire correspondant et à la cavité orbitaire.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 51. 1909.*

Der 20jährige Patient klagte über heftige Stirn- und Occipitalschmerzen. Gleichzeitig trat ein rechtzeitiger Exophthalmus auf und zeigte sich eine Submaxillardrüse. Neben dem Exophthalmus konnte man auch eine Opticusneuritis mit leichter Papillenstauung constatiren. Durch eine hochgradige Septumdeviation ist die rhinoskopische Untersuchung sehr erschwert. Operation nach Moure, die anfangs kein vollständiges Resultat ergiebt und noch zwei Operationen (Exstirpation des Ganglions) nöthig macht. Es gelingt eine vollständige Ausräumung der ergriffenen Höhlen, doch überlebt der Patient die Operation nur 4 Monate. Bourguet empfiehlt die Moure'sche Operation, bestehend in einem paranasalen Schnitt, vom Augenbrauenwinkel bis zur Commissur der Lippe reichend.

LAUTMANN.

49) **J. A. Gibson. Die Keilbeinhöhle. Eine auf der Untersuchung von 75 Präparaten basirende Studie. (The sphenoidal sinus. A study based on the examination of eighty-five specimens.)** *The Journal of the American Medical Association. 19. December 1908.*

Die Untersuchungen wurden angestellt in Bezug auf Lage, Grösse und Ausdehnung der Höhle, die Durchschnittsdicke der Wandungen, die Beziehungen zwischen Grösse der Stirn-, Keilbein- und Oberkieferhöhle, die eventuellen Beziehungen zwischen weiten Choanen und einer kleinen Keilbeinhöhle und umgekehrt, die Feststellung gewisser anatomischer Orientirungspunkte am Lebenden, die für den Chirurgen von Bedeutung sein könnten, die Kenntnisse von Abnormitäten und deren eventuellen Einfluss auf die Nachbartheile. EMIL MAYER.

50) **Gortjes** (München). **Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 129. 1909.*

Verf. hält das ständige Vorkommen einer Basalmembran bei normaler Keilbeinhöhlenschleimhaut, wie es Schieferdecker und Weichselbaum annehmen, nicht für richtig. Die Trennung in eine obere adenoide Bindegewebsschicht und eine zellärmere fibrilläre untere ist nicht durchzuführen. Die häufigen Befunde pathologischer Veränderungen der Keilbeinhöhlenschleimhaut bestätigen die Auffassung, dass die in den Nebenhöhlen nachgewiesenen Veränderungen acute terminale Leiden darstellen, nicht; andererseits zeigen sie, dass die meisten Entzündungen ohne weitere erhebliche Folgezustände ausheilen.

Die Neigung zu Blutungen ist offenbar eine sehr grosse; sie ist aber sicherlich nicht in einer besonderen Prädisposition der localen Gefässe zu suchen, sondern stellt nur den Ausdruck einer erhöhten Entzündungsmöglichkeit dar.

Verf. giebt eine Zusammenstellung einiger prägnanter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **R. W. Skillem. Der augenblickliche Stand der Radicaloperation der Keilbeinhöhle. (The present status of the radical operation for empyema of the sphenoid sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. December 1908.*

Der Artikel ist durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt. Verf. giebt auch ein neues Instrument an.

EMIL MAYER.

52) **F. P. Emerson. Bericht über einen tödtlich verlaufenen Operationsfall; Fehlen der äusseren Keilbeinhöhlenwandung, an ihrer Stelle eine grosse direct mit dem Sinus cavernosus communicirende Vene. (Report of a fatal operative case; showing absence of the outer sphenoidal wall and in its place a large vein communicating directly with the cavernous sinus.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Nach Eröffnung der rechten Keilbeinhöhle wurde eine Curette eingeführt und diese gegen die äussere Wand gerichtet; beim Herausziehen foudroyante venöse Blutung und Convulsionen. Patient wurde sofort bewusstlos; es traten Gehirnerscheinungen auf und Patient starb 7 Stunden später. Man fand bei der Autopsie, dass eine Dehiscenz in der Aussenwand durch eine grosse Vene eingenommen wurde, welche direct mit dem Sinus cavernosus communicirte.

EMIL MAYER.

53) **Hajek. Hydrops der linken Keilbeinhöhle.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Situng vom 19. November 1909). *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Im Anschluss an eine Mucocele der Keilbeinhöhle mit starker Vorwölbung der vorderen Wand kam es zu einer ausgesprochenen Neuritis optica eines Auges; das Sehvermögen war bis auf Lichtempfindung herabgesetzt. Zwei Tage nach der Operation konnten schon die vorgehaltenen Finger gezählt werden, nach 8 Tagen war das Sehvermögen fast normal. Erste Beobachtung eines Hydrops der Keilbeinhöhle.

Mit Rücksicht auf die günstige Beeinflussung des Sehvermögens erwähnt in der Discussion Réthi, dass auch er durch Beseitigung einer Siebbeineiterung ein rasches Zurückkehren des Sehvermögens in einem Falle beobachtete.

CHIARI.

54) **Heinrich Haláez** (Miskolcz). **Beitrag zu den durch Geschwülste der Sphenoidalhöhle entstandenen Augenveränderungen. (Durch Sarkom der Sphenoidalhöhle verursachte Erblindung.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Anatomische und physiologische Erörterungen, sowie Besprechung der einschlägigen Literatur. Anschliessend Mittheilung der Krankengeschichte, der Operationsbefunde, sowie der vor und nach der Operation erhobenen ophthalmologischen Befunde eines durch Augencomplicationen interessanten Falles von Keilbeinhöhlensarkom.

HECHT.

55) **H. Haláez** (Miskolcz, Ungarn). **Beitrag zu den durch Keilbeinhöhlentumoren verursachten Veränderungen des Auges.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 37. 1909.*

Vorgetragen in der XV. Section des internationalen Congresses, erschienen in dem Congressberichte an anderer Stelle dieses Centralblattes.

v. NAVRATIL-POLYAK.

56) **Sebilleau** (Paris). **Ueber Nasenrachenfibrome. (A propos des fibromes naso-pharyngiens.)** *Société de Chirurgie. 9. März 1910.*

Verf. betont die auf die Umrandung der Choane beschränkte Insertion, die spontane Rückbildung und das Fehlen wirklicher Recidive nach sorgfältiger Abtragung. Verf. räth, auf retropalatinem Wege mit der kalten Schlinge oder der Zange den Tumor zu entfernen.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Francesco Maltese. Ueber ein enormes rasch wachsendes Nasenrachenfibrom, local mit Fibrolysin behandelt. (A proposito di un enorme fibroma rino-faringeo a rapido sviluppo trattato localmente con la fibrolisina.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. November 1909.*

Es handelte sich um einen 24jährigen Mann, bei dem die ganze linke Nasenhälfte ausgefüllt war von einem anscheinend aus dem Nasenrachen entspringenden Tumor; im Nasenrachen fand sich ein harter, der hinteren und oberen Wand aufsitzender taubeneigrosser Tumor. Ausgesprochener beiderseitiger Exophthalmus. Nach den Angaben des Patienten musste geschlossen werden, dass der Tumor seine Grösse in drei Monaten bekommen hatte. Es wurden zwei Injectionen von je 2 ccm Fibrolysin (Merck) in den Tumor gemacht; nach der zweiten trat eine intensive locale und allgemeine Reaction auf. Patient ging innerhalb 3 Wochen an pyo-septikämischen Complicationen zu Grunde, die die Folge eines grossen Eiterherdes waren, der sich an der Schädelbasis gebildet hatte. Verf. hält es nicht für ausgeschlossen, dass eine zum Zweck der histologischen Untersuchung vorgenommene endonasale Probeexcision, an die sich eine sehr heftige allgemeine und locale Reaction anschloss, die Veranlassung zur Bildung des Abscesses war.

Was die Wirkung des Fibrolysins betrifft, so übt es eine nekrotisirende, wahrscheinlich auf chemischer Natur beruhende Einwirkung, die makroskopisch und mikroskopisch nachweisbar ist. Diese Wirkung wird besonders auf die Bindegewebsfasern ausgeübt. FINDER.

58) **Peraire. Nasenrachenpolyp. (Polype nasopharyngien.)** *Société des chirurgiens de Paris. 9. Juli 1909.*

Apfelsinengrosser Tumor bei einem 57 jährigen Mann. Abtragung auf oralem Wege. Es war vorher Calciumchlorat gegeben worden; die Blutung war infolge dessen sehr geringfügig. Die Untersuchung ergab ein ossificirendes Fibrom nebst Papillo-Adenom der Pharynxschleimhaut. A. CARTAZ.

59) **L. Leto. Beitrag zur Casuistik der Nasenrachentumoren. (Contributo alla casuistica dei tumori del cavo naso-faringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1910.*

Es handelte sich um eine 54 jährige Frau, bei der ein glatter elastischer Tumor den Nasenrachen ausfüllte und bis auf den Zungengrund reichte; Nasen- sowie Mundathmung und Ernährung waren hochgradig erschwert. Abtragung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein an jungen Gefässen reiches Myxofibrom. FINDER.

60) **Rouvillois** (Paris). **Betrachtungen bezüglich der Diagnose und Behandlung der Nasenrachenpolypen. (Considérations relatives au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens.)** *Société de Chirurgie Bulletin. 10. März 1910.*

Ein vom Verf. auf oralem Wege operirter junger Soldat starb infolge wiederholter Blutungen. Bei der Section fand man eine Fortsetzung der Polypen in der Keilbeinhöhle. Dieser abgeschnittene Ausläufer hatte zu den Blutungen Anlass gegeben.

Verf. zieht aus seinem Fall folgende Schlüsse:

1. Die Insertion an der Fibrocartilago basilaris ist eine Ausnahme; sie ist viel häufiger eine ethmoido-sphenoidale.

2. Es giebt Fälle, in denen sich das Vorhandensein eines ethmoidalen oder sphenoidalen Ausläufers nicht diagnosticiren lässt; diese Ausläufer trüben die unmittelbare und entferntere Prognose (Pseudorecidive).

3. In solchen Fällen empfiehlt sich die Unterbindung der beiden äusseren Carotiden. GONTIER de la ROCHE.

61) **Otto Mayer** (Graz). **Die Gefahren der Tamponade des Nasenrachenraumes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1909.*

An der Hand eines Falles, bei dem durch unzweckmässige Nasen-Nasenrachentamponade eine beiderseitige acute Mittelohreiterung mit Betheiligung beider Warzenfortsätze, eine beiderseitige acute Kieferhöhleneiterung und eine rechtsseitige Orbitalphlegmone aufgetreten war, bespricht Mayer die Gefahren der Belloc'schen Tamponade, sowie der oft ungeeignet ausgeführten Tamponade der Nase bei Blutungen. Er warnt vor einem allzulangen Liegenlassen der Tam-

pons und fordert bei den Fällen, die unbedingt eine Tamponade erfordern, eine fleissige Controle der Trommelfelle. Sobald eine Entzündung am Trommelfell auftritt — und dies ist fast immer nach kurzer Zeit der Fall — muss unter allen Umständen die Tamponade entfernt werden, um gefährliche Complicationen zu vermeiden. Im Uebrigen weist Autor auf die bekannte Herkunftsstelle der meisten spontanen Nasenblutungen hin, die bei richtiger Untersuchung und entsprechender Behandlung überhaupt keine Tamponade erfordern, bespricht die Technik der Nasenuntersuchung und entsprechende Therapie und schliesst die für Ausnahmefälle zu reservirende Technik der Nasenrachentamponade an. HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

62) **A. Moeller** (Berlin). **Mundhygiene und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1910.*

M. berichtet über einen 13jährigen Knaben, bei dem er den Infectionsweg für die Lungentuberculose von einem cariösen Backenzahn aus über die mittlere und vordere Glandula submaxillaris und die oberen Halsdrüsen bis zur Lungenspitze nachweisen konnte. Wenn auch „im Allgemeinen cariöse Zahnabscesse als Eingangspforte für Tuberkelbacillen seltener in Betracht kommen gegenüber der häufigen Einwanderung durch die Weichtheile, Tonsillen, Schleimhäute etc., so spielen doch die cariösen Zähne indirect durch Druckläsionen der Schleimhaut“ etc. eine wichtige Rolle. Ausserdem finden sich in Zungen- und Zahnbelägen relativ oft Tuberkelbacillen und können bei schlechter Mund- und Zahnpflege auf verschiedenen Wegen (aerogen, lymphogen und haematogen) zur Lungentuberculose führen.

Unter Hinweis auf seine Untersuchungsergebnisse in der Charlottenburger Schul-Zahnklinik bezüglich Zahn- und Mundpflege einerseits und andererseits Allgemeinerkrankungen, Anämie, Lungentuberculose und Intelligenz schildert Autor die Bedeutung der Mundhygiene im Allgemeinen und bei Lungenkranken, sowie zur Durchführung der diätetischen Therapie im Besonderen und weist auf den Nutzen der Schulzahnklinik nach dieser Richtung hin. HECHT.

63) **Otto Keren** (Wien). **Ueber Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen.** (Demonstrationsvortrag, gehalten gelegentlich der 81. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Salzburg am 20. September 1909.) *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1910.*

Der durch die seinerzeitigen Demonstrationen noch viel instructivere Vortrag eignet sich nicht zum Referat und muss im Original nachgelesen wurden. Besprochen werden:

1. Erythema multiforme.
2. Erythema urticatum.
3. Toxische Exantheme (Copaivabalsam, Hydrargyrum, Antipyrin).
4. Pemphigus.
5. Lichen ruber planus.
6. Lichen planus pemphigoides.

7. Lupus erythematodes.
8. Akanthosis nigricans.
9. Xeroderma pigmentosum.
10. Sklerodermie.
11. Naevus Pringle.
12. Multiple Teleangiektasien.
13. Xanthoma diabeticorum.
14. Sarcoma idiopathicum (Kaposi).

HECHT.

64) **Bernard Le Roy. Die bakteriologische Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle. (The bacteriological examination of the mouth and fauces.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Wo zahlreiche Streptokokken vorhanden sind, ist der Verlauf der Krankheit sehr schwer und oft tödtlich; wo der Bacillus Influenzae in Menge sich findet, leidet der Patient unter hohen Temperaturen; findet sich der Bacillus fusiformis, so haben wir Eiter und Foetor, jedoch verläuft die Krankheit gewöhnlich milde und selten tödtlich; bei allen Reconvalescenten findet sich der Hofmann'sche Bacillus; diese Bacillen erzeugen im Gegensatz zu den Diphtheriebacillen in Milch und Glycose Alkali.

LEFFERTS.

65) **Ewald** (Wien). **Die Krankheiten des Mundes und der Speicheldrüsen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1 ff. 1910.*

Vom chirurgischen Standpunkte erörtert.

HANSZEL.

66) **Preis. Ueber faulen Geruch aus dem Munde. (O gnilostnom sapache iso rta.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 274. 1908.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

67) **Herman B. Allyn. Die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Mundes und Allgemeinerkrankungen. (The relations between diseases of the mouth and systemic diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Verf. giebt eine Darstellung davon, wie Gingivitis, Stomatitis und Zahncaries durch Fortleitung von Bakterien und toxischen Producten zu Allgemeinerkrankungen führen können und wie andererseits jene locale Affectionen der Ausdruck einer bestehenden allgemeinen Krankheit sein können.

LEFFERTS.

68) **Bittner. Primärer Lupus der Gingiva.** (Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 21. April 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1909.*

Ulcerationen und rothe leicht blutende Knötchen an der Gingiva des rechten Oberkiefers. (Histologischer Befund fehlt.)

HANSZEL.

69) **Wilhelm Pfaff. 1. Die Zahnheilkunde in ihren Beziehungen zu den Naturwissenschaften und der Medicin. 2. Ueber die Entwickelung der Orthodontie.** *Sammlung von Vorträgen aus dem Gebiete der Zahnheilkunde. Heft 1 u. 2.*

In dem ersten Heft werden den Rhino-Laryngologen besonders die Bemerkungen über Kiefercysten und Kiefergeschwülste, sowie über Deformitäten des Gaumens interessiren.

Bei den engen Beziehungen der anormalen Zahnstellungen zur Mundathmung und bei deren gegenseitiger therapeutischer Beeinflussbarkeit wird die Lectüre des zweiten Heftes auch dem Rhinologen viel des Interessanten bieten. FINDER.

70) **O. Wieser** (Lemberg). **Ein Fall von primärer Nasen- und Zahnfleischtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte einer 16jährigen Patientin. Keine Heredität, alle anderen Organe gesund. HECHT.

71) **W. Herrenknecht** (Freiburg i. Br.). **Zur Prophylaxe der Zahncaries.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1910.*

H. betont, dass es unmöglich ist, die Mundhöhle keimfrei zu machen und zu erhalten, und dass dies auch gar nicht den physiologischen Vorbedingungen entspricht. Er erörtert die Werthlosigkeit der zahlreichen, mit grosser Reklame empfohlenen antiseptischen Mundwasser etc., deren einziger Werth darin bestehe, dass manche Menschen überhaupt zu einer entsprechenden Mundpflege veranlasst werden. Auch die regelmässige Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd, chlorsaurem Kali, Lysol, Sublimat, Salicylsäure etc. ist wegen ihrer Schleimhaut und Zahnsubstanz schädigenden Wirkung zu verwerfen. Der Hauptwerth liegt in der mechanischen Reinigung, für die Autor eine Reihe Anweisungen giebt, denen er Rathschläge für eine im frühen Lebensalter bereits beginnende, rationelle Zahnpflege anschliesst. HECHT.

72) **G. Hudson Makuen. Die Gaumentonsillen und die Zähne. (The faucial tonsils and the teeth.)** *N. Y. Medical Record. 3. Juli 1909*

Kranke Gaumenmandeln beeinflussen die Zähne nach drei Richtungen: Erstens durch Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung, zweitens, indem sie durch die zahlreichen in ihren Lacunen enthaltenen Bakterien dazu beitragen, dass die Zähne von solchen afficirt werden, und drittens, indem sie mechanisch durch Druckwirkung die Zahnrichtung und die Kieferentwickelung stören. Der letzteren — bisher in der Literatur nicht erwähnten — Wirkung schreibt Verf. eine grosse Bedeutung zu.

Makuen plaidirt dafür, bevor man die Zähne und die Kiefer therapeutisch in Angriff nimmt, zunächst alle von den lymphatischen Organen bedingten Hindernisse für ihre Entwickelung zu beseitigen. LEFFERTS.

73) **Batut. Chronische submaxillare Adenophlegmone dentalen Ursprungs. (Adéno-phlegmone chronique sous-maxillaire d'origine dentaire.)** *Société de médecine militaire française. November 1909.*

Patient wurde 3 Monate lang ohne Erfolg behandelt. Bei einer breiten Incision fand man schliesslich ein Loch im Unterkiefer; die Extraction einer Zahnwurzel führte die Heilung herbei. GONTIER de la ROCHE.

74) **M. K. Federspiel. Mundathmung; ihr Einfluss auf die Entwickelung der Alveolarbögen und Kiefer. (Mouth breathing; its influence on the development of the dental arches and jaws.)** *Milwaukee Medical Journal. April 1909.*

Die abnorme Lage der Zunge beim Offenstehen des Mundes beeinträchtigt

die Entwickelung des Oberkiefers. Bleibt die Mundathmung unbehandelt, so wird durch das ständige Offenstehen des Mundes die mechanische Action der Muskeln verändert; der Unterkiefer wird nach unten und distalwärts gezogen durch die hinter dem Kinn inserirenden Muskeln.

Die am schwersten zu behandelnde Form des mangelhaften Verschlusses ist der offene Biss.

Verf. giebt zum Schluss die Grundsätze für die Behandlung der Mundathmung.

EMIL MAYER.

75) **Leon S. Medalia. Opsonintherapie bei Alveolarpyorrhee. (Opsonic therapy in Pyorrhea alveolaris.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. Januar 1910.*

M. hat über 10000 Opsoninuntersuchungen vorgenommen und 4000 Patienten mittelst Opsonin- und Vaccinetherapie behandelt. Er hat sich dieser Behandlungsmethode auch mit grossem Vortheil bei Alveolarpyorrhoe bedient.

EMIL MAYER.

76) **W. H. Haskin. Einige interessante Fälle von Erkrankungen des Alveolarprocesses. (Some interesting cases of diseases of the alveolar process.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Es werden 12 Fälle mitgetheilt; in der Mehrzahl handelte es sich um Osteomyelitis des Kiefers infolge Zahnerkrankung; in vielen Fällen bestanden eiternde Fisteln infolge von Caries.

EMIL MAYER.

77) **P. Pietri. Die Speichelcysten der Parotis. (Des kystes salivaires de la parotide.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 2. 1910.*

Gelegentlich eines vom Autor beobachteten Falles von Cyste der Parotis bespricht der Autor dieses im Allgemeinen weniger bekannte Capitel. Im kurzen historischen Abschnitt werden der eigene Fall und hierauf neun andere, aus der Literatur zusammengetragene Fälle kurz berichtet. Ganz kurz wird die pathologisch-anatomische Seite berührt, nachdem die chemische Analyse des Cysteninhaltes schon vorher gelegentlich des mitgetheilten Falles angeführt worden ist. Was die Natur dieser Cysten anlangt, so äussert sich Pietri nicht positiv darüber, sondern begnügt sich, die zahlreichen Theorien über die Entstehungsart dieser Gebilde aufzuzählen (Verstopfung des Stenon'schen Ganges oder eines kleinen Ausführungsganges, cystische Entartung der Schleimhaut etc.). Am ehesten würde Pietri noch die Hypothese von der congenitalen Natur dieser Tumoren annehmen, wie sie zuletzt von Morestin (1902) vertheidigt worden ist. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Hemmungsmissbildung eines in der Parotis eingeschlossenen Drüsenpfropfes. Hierdurch erklärt sich auch die relative Unabhängigkeit dieser Cysten vom Parotisgewebe.

LAUTMANN.

78) **K. Yagita** und **S. Hayama. Ueber das Speichelsecretionscentrum.** *Neurol. Centralbl. No. 14. S. 738. 1909.*

Verff. durchschnitten die Chorda tympani, den Secretionsnerven der Gland. sublingualis und submaxillaris. Bezüglich der Zelldegenerationen kamen Verff. zu

ähnlichen Resultaten wie Kohnstamm, der zuerst den Nucl. salivatorius sup. nach Chordadurchschneidung feststellte, und zwar zwischen dem Deiter'schen Kern und dem Facialiskern. Die Parotis erhält ihre Secretionsfasern aus dem N. glossopharyngeus. J. KATZENSTEIN.

79) **H. Schlesinger. Gaumengeräusche.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1909.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 24. 1909.*

Demonstration einer Frau mit beinahe continuirlichen, durch Erregung häufiger werdenden Geräuschen, welche wahrscheinlich durch Gaumensegelkrämpfe bedingt werden. Vielleicht wird der Krampf reflectorisch von den vorhandenen Nasenpolypen ausgelöst. HANSZEL.

80) **Jacques** und **Hautcheff. Streptokokkenulceration des Gaumens. (Ulcère streptococcique du voile.)** *Revue hebdom. No. 28. 1909.*

Casuistische Mittheilung. Semon's bekannter Analogiefall (Pneumococcus) ist nicht erwähnt. LAUTMANN.

81) **Jeanne Bouteil. Drei Fälle von Synechie des weichen Gaumens und des Pharynx nach Adenotomie. (Trois cas d'adhérences du voile du palais au pharynx consécutives à l'ablation de végétations adénoides.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 12.*

Die zwei ersten Fälle sind von Frl. Bouteil selbst beobachtet worden, der dritte Fall wurde ihr von Dr. Grossard mitgetheilt. In allen 3 Fällen war die Symptomatologie und die Anamnese dieselbe. Einige Monate nach der Adenotomie stellten sich allmählich dieselben Störungen ein, wie die vor der Operation bestandenen. Als Ursache wird nach zwei Jahren eine Synechie zwischen hinterer Velum- und Pharynxwand entdeckt. In allen 3 Fällen wurden plastische Operationen zur Behebung der Störung mit gutem Erfolg unternommen.

LAUTMANN.

82) **A. Martin** (Barcelona). **Verlängerung der Uvula in das Gaumensegel hinein. (Prolongacion intravélica de la úvula.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la Garganta. Juni 1908.*

Die Exstirpation wurde mittels der Scheere gemacht. Die sehr starke Blutung wurde dadurch gestillt, dass ein mit Wasserstoffsuperoxyd getränkter Tampon in die Mandelnische gedrückt wurde. TAPIA.

83) **Falk** (Bad Ems). **Therapie der chronischen Pharyngitis.** *Med. Klinik. 7. 1910.*

Zur Behandlung der trockenen atrophischen Pharyngitis verwendet Falk Puriopin sowohl rein als mit Menthol oder Sol. Lugol vermischt in Form von Pinselungen oder Inhalationen. SEIFERT.

84) **Pollak. Tuberculose des Rachens.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 2. December 1909.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 3. 1910.*

4jähriges Kind mit Lungenphthise. Uvula, weicher Gaumen und Tonsillen

grauweiss belegt, dazwischen miliare Geschwürchen. Fieber, Drüsenschwellung. Mikroskopisch Tuberkelbacillen nachgewiesen. Tuberculinempfindlichkeit sehr gering.

HANSZEL.

85) **Harold S. Barwell. Mittheilung über einige nicht-tuberculöse Halscomplicationen der Phthise. (A note on some non-tuberculous throat complications of Phthisis.)** *Lancet. Vol. I. p. 1249. 1909.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf einfache Laryngitis, Pachydermie, wirkliche Stimmbandlähmungen entweder als Folge vergrösserter Bronchial- oder Trachealdrüsen, wenn es sich um eine linksseitige Recurrensparalyse handelt, oder — wenn das rechte Stimmband gelähmt ist — als Folge einer directen Mitbetheiligung des rechten Recurrens in seinem Verlaufe nahe der rechten Lungenspitze.

WATSON WILLIAMS.

86) **John A. Thompson. Erysipel des Rachens. (Erysipelas of the throat.)** *The Lancet Clinic. 29. Mai 1909.*

Im ersten Fall war die Diagnose zweifelhaft, bis im Gesicht das Erysipel auftrat; im zweiten Fall wurde die Diagnose auf Grund der Rachensymptome allein gestellt.

EMIL MAYER.

87) **Richard Mc. Kinney. Streptokokkeninfection im Halse. (Streptococcic infections in the throat.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Mai 1909.*

Verf. beschreibt eine Epidemie von Streptococcusinfection des Halses, ähnlich derjenigen, die Alice G. Bryant und T. O. Hollick beschrieben haben. Die Krankheit trat unter dem Bilde eines Exsudats auf und hatte Aehnlichkeit mit Diphtherie.

EMIL MAYER.

88) **Giuseppe Solaro. Ueber drei Fälle von primärer Pharynxgangrän. (Sopra tre casi di gangrena primitiva della faringe.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. September 1909.*

Es handelt sich um Fälle, die junge Leute (17, 22, 25 Jahre alt) betrafen, die sich in bester Gesundheit befanden, von denen jedoch zwei unter sehr ungünstigen äusseren hygienischen Bedingungen lebten. Im ersten Fall hatte die Gangrän beide Tonsillen zerstört; der Verlauf war ein sehr acuter und der Patient starb am 5. Tage an Septikämie und Bronchopneumonie.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine circumscripte Gangrän, die auf beiden Tonsillen eine sich tief in das Gewebe hinein erstreckende Ulceration bewirkt hatte, die vollkommen excavirt erschien. Der Verlauf war ein kurzer, am 6. Tage fiel das Fieber kritisch ab und der Process kam zum Stillstand.

Sehr ausgebreitet waren die Zerstörungen im dritten Fall; beide Tonsillen waren zu Grunde gegangen, ebenso ein Theil des weichen Gaumens und des Zungengrundes; auch die Plica ary-epiglottica war ulcerirt. Exitus am 18. Tage infolge Pericarditis, Pleuritis fibrinosa, Sepsis.

In allen Fällen waren die Veränderungen beiderseitig und fast symmetrisch.

Auffallend war der niedrige Puls (70—76) bei sehr erhöhter Temperatur (über 39°), was Verf. auf die Resorption von Ptomainen zurückführt.

In zwei Fällen wurden Streptokokken in Reincultur nicht nur im Exsudat, sondern auch in der Tiefe der Gewebe gefunden. FINDER

89) **Helman. Beitrag zur Casuistik des Aneurysma der Arteria carotis interna. (Przyczynek do kazuistyki tetniaków gardzieli.)** *Medycyna. No. 29, 30. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem er bei einer 56jährigen Frau, die seit einem Jahre einzig über das Gefühl von einem Fremdkörper im Rachen klagte, Ausbuchtung fast des ganzen rechten weichen Gaumens und der entsprechenden Pharynxseite fand. Für den ersten Augenblick machte diese Ausbuchtung den Eindruck eines peritonsillären Abscesses. Genaue Besichtigung, Fehlen einer entzündlichen Reaction, Mangel an Schluckbeschwerden, deutliche Pulsation der gesammten ausgedehnten Gegend und die Langwierigkeit des Processes sprachen für die Anwesenheit eines Aneurysma Art. carot. int. Der Verf. stellt 12 aus der Literatur bekannte Fälle zusammen, und bespricht dabei die differentiale Diagnostik und die aus falscher Diagnose entstandenen falschen Prognosen.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) **Harold Hays. Das Pharyngoskop. (The Pharyngoscope.)** *The Lancet. Juli 1909.*

Beschreibung des vom Verf. bereits an anderen Stellen (cf. Centralbl. dieser Jahrgang S. 52) publicirten Apparats. EMIL MAYER.

91) **Percy Fridenberg. Pharyngoskopische Studien. (Pharyngoscopic studies.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Als einen der Vortheile des Hays'schen Instruments bezeichnet es Verf., dass man bei dem langen Liegenlassen des Instruments gewisse physiologische Acte, wie Gähnen und Schlucken, sowie pathologische Vorgänge, wie Husten und Würgen in Ruhe studiren kann. Beim Würgen ist die Thätigkeit des Azygos uvulae auffallend: die Spitze der Uvula weicht zurück und scheint sich in den Stumpf hineinzuziehem, der ganze weiche Gaumen steigt an und wird gespannt. Der Nasenrachenraum wird eingeengt, dadurch dass seine Wände sich in Parallelogrammform einander nähern. Der obere Theil der hintern Pharynxwand wölbt sich etwas nach unten vor, die Tubenwülste rücken ein wenig nach der Mittellinie vor. Bei starken Würgbewegungen kommen die gegenüberliegenden Flächen in wirkliche Berührung und man sieht, wie grosse Schleimmassen in den Rachen hineingepresst werden.

Bei Blutungen im hintern Theil der Nase kann man die blutende Stelle genau bestimmen, was natürlich für die Blutstillung von grösster Bedeutung ist.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

92) **G. H. Lemoine** (Paris). **Die Diphtheriebacillenträger. (Les porteurs de bacille diphtériques.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. Februar 1910.*

Gesunde Bacillenträger, die nicht an Diphtherie erkrankt sind, sind ungefährlich, ob die aufgefundenen Bacillen nun virulent sind oder nicht. Bei Kranken ist die Isolirung eine gebotene Maassnahme. Bei Reconvalescenten nach Diphtherie ist der einfache Nachweis von Bacillen kein genügender Grund, um eine Isolirung zu verlangen; es muss noch irgend eine Folge der Krankheit vorhanden sein, z. B. Coryza, hartnäckige Pharyngitis etc. GONTIER de la ROCHE.

93) **Benini. Ueber sudanophile Leukocyten bei der Diphtherieinfection. (Sulla presenza dei leucociti sudanofili nell'infezione difterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1908.*

Bei der Diphtherie des Menschen finden sich im Blut sudanophile Leukocyten, aber keine Eiterzellen; die sudanophilen Leukocyten sind bei der Rachendiphtherie nicht zahlreicher als beim Croup, sie sind bei den schweren Formen zahlreicher als bei den leichten und können so als Index für die Schwere des Falles dienen; sie nehmen am dritten Tage der Cur an Zahl ab und verschwinden dann mit zunehmender allgemeiner und localer Besserung; sie werden von den Seruminjectionen nicht direkt beeinflusst, sie treten wieder auf bei fieberhaften Complicationen, dagegen nicht bei postdiphtheritischen Lähmungen; ihr Vorkommen beruht auf einer Einwirkung des Toxins auf die Leukocyten des Blutes.

FINDER.

94) **William H. Park. Antidiphtherieserum und antidiphtherische Lösungen. (Antidiphtheric serum and antidiphtheric solutions.)** *Journal American Medical Association. 22. Januar 1910.*

Verf. spricht von den Diphtherieantitoxin enthaltenden Globulinlösungen. Er wirft die Frage auf, ob sie die wirksamen Substanzen des ganzen Serums enthalten und — wenn dies der Fall ist — ob sie ausser der Concentration vor dem ganzen Serum Vortheile besitzen. Verf. machte Versuche mit dem ganzen Serum und den Modificationen von Gibson und von Bauzhaf. Erythema und andere Nebenwirkungen treten zweifellos weniger häufig nach den Gibson-Injectionen als nach dem ganzen Serum und etwas seltener nach den Bauzhaf- als nach den Gibson-Injectionen auf.

Verf. hat die Behauptung einiger französischer und österreichischer Forscher, wonach der Heilwerth des Serums nur zum Theil auf dem Antitoxin beruht, ja wonach dieses den unwichtigsten Bestandtheil des Serums bilden soll, nicht bestätigt gefunden, sondern ist zu dem Resultat gelangt, dass das Antitoxin die einzig wirkende Substanz in dem Antidiphtherieserum sei. EMIL MAYER.

95) **A. A. Warden. Ein Wort für die Anwendung des Antidiphtherieserums bei Masernlaryngitis. (A plea for the use of antidiphtheric serum in the Laryngitis of Measles.)** *Lancet. Vol. I. p. 1385. 1909.*

Verf. stellt es als Grundsatz auf, dass man bei Masernlaryngitis nicht erst

die bakteriologische Diagnose abwarten, sondern gleich Antidiphtherieserum injiciren solle.

WATSON WILLIAMS.

96) **C. H. Shutt. Kehlkopfdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Februar 1910.*

Verf. plaidirt der instrumentellen Behandlung der beginnenden diphtherischen Stenose gegenüber für eine häufigere Anwendung der medicamentösen Mittel: Inhalationen, eventuell Emetica; was das Antitoxin betrifft, so räth er, alle vier bis sechs Stunden kleine Dosen zu geben. Die Intubation räth Verf. nur da anzuwenden, wo eine intelligente Pflege zur Hand und der Arzt leicht zu erreichen ist.

EMIL MAYER.

97) **Karl Kaspar** (Nürnberg). **Fortschritte in der Intubationsbehandlung der diphtheritischen Stenose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1910.*

Kaspar bespricht die möglichen Schädigungen des Intubationsverfahrens und weist darauf hin, dass bisher schon eine Reihe Symptome angegeben wurden, die den drohenden Decubitus — meist an der Vorderseite des Ringelknorpels — anzeigen sollten. Diese Erscheinungen, das häufige Aushusten der Tube und die immer kürzer werdende Zeit, in der das Kind ohne Tube athmen kann, sind jedoch meist nicht mit Sicherheit diagnostisch verwerthbar. Autor geht nun von einem neuen Gesichtspunkt aus: Die Vulnerabilität der Kehlkopfschleimhaut steht in directem Verhältniss zur toxischen Schädigung der Gewebe durch die Diphtherie; den Grad dieser toxischen Schädigung der Gewebe ermisst Autor am Auftreten einer Albuminurie und an deren Stärke. Des ferneren sind pastöse, lymphatische Kinder und solche, die kurz vorher noch eine andere Infectionskrankheit (Masern oder Scharlach) überstanden haben, bezw. noch daran leiden, nicht recht zur Intubation geeignet. Hier darf die Tube nur kurze Zeit, höchstens 24 Stunden verwendet werden; ist dann die Athmung noch nicht frei, muss tracheotomirt werden. Einen weiteren Fortschritt zur Vermeidung eines Decubitus und in die Wegeleitung einer Heilung noch nicht zu ausgedehnter Geschwüre brachten die noch wenig verwendeten neuen Bronceheiltuben O'Dwyer's, die durch die Aenderung ihrer Form und die Beigabe von Alaun, derartig erfolgreich wirken, dass ein schwerer Decubitus in dem Cnopfschen Kinderspital nun „ein ganz seltenes Ereigniss geworden" ist. Gleichzeitig ist die Anzahl der nothwendig gewordenen Tracheotomien sehr stark zurückgegangen.

HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **Max Scheier** (Berlin). **Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Es ist dem Verf. gelungen, mit Hilfe des „Grissonators" die Belichtungszeit für den Kopf auf 1 bis 2 Secunden abzukürzen; durch ganz starke Stromstärken konnte man sogar unter eine Secunde herabgehen. Bei dieser kurzen Expositionszeit war es möglich, deutlich die Einzelheiten und die Gestalt des Ansatzrohres bei den verschiedenen Stellungen zu Gesicht zu bringen. Von besonderer Wichtig-

keit erscheint das Hervortreten des weichen Gaumens in einer Deutlichkeit, wie es bisher nicht in gleicher Weise gelungen ist (siehe Tafeln). Es ergab sich aus den Aufnahmen, dass das Gaumensegel, das im Ruhezustande schlaff herunterhängt, bogenförmig gewölbt ist und gegen den harten Gaumen einen mehr oder weniger grossen Winkel bildet, beim Phoniren stark gehoben wird und durch die Contraction des Levator veli palatini einen scharfen Knick nach vorn bekommt. Nur der obere Theil des Segels, den man in Verlängerung des harten Gaumens sieht, legt sich mit seiner hinteren Fläche an die Pharynxwand an, während der senkrechte untere Teil nicht an die Rachenwand herantritt.

In Bezug auf die Stellung des Kehlkopfes bei Phonation und Gesang fand Verf. bei den verschiedenen Untersuchten verschiedene Verhältnisse. Im Allgemeinen stand der Kehlkopf bei Phonation von J am höchsten, senkte sich entsprechend der Reihenfolge der Vokale, um bei U am tiefsten zu stehen. Beim Gesange kommen sehr individuelle Unterschiede vor. Bei manchen verharrt der Kehlkopf bei verschiedenen Tönen fast in derselben Stellung, bei anderen steigt er mit ansteigender Tonhöhe herauf.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **T. Alexander Davies. Der Kehlkopf bei der Tonbildung. (The Larynx in tone production.)** *The Canada Lancet. Juli 1909.*

Verf. bespricht den Mechanismus der Tonbildung bei den verschiedenen Stimmregistern.

EMIL MAYER.

100) **G. Hudson Makuen. Die Wirkung der Respirationsmuskeln bei der Stimmbildung. (The action of the respiratory muscles in the production of the voice.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung unterscheidet sich in einigen wichtigen Punkten von ihrer Thätigkeit beim passiven Athmen. 2. Während die Function des Diaphragmas beim passiven Athmen inspiratorisch ist, muss sie beim activen oder künstlichen Athmen expiratorisch sein. 3. Obwohl man das Diaphragma im Allgemeinen unter die unwillkürlichen Muskeln rechnet, kann seine Wirkung doch, wie die so mancher andrer unwillkürlicher Muskeln dem Willen untergeordnet werden. 4. Der richtige Gebrauch der Athemmuskeln zum Singen und Sprechen kann durch Uebung erworben und muss durch Stimmlehrer gelehrt werden.

EMIL MAYER.

101) **Marage. Künstliche Hervorbringung der Kehlkopfstimme. (Production artificielle de la voix laryngée.)** *Académie des sciences. 22. November 1909.*

Wenn man durch den frisch exstirpirten Kehlkopf eines Hundes einen Luftstrom unter ungefähr 200 mm Wasserdruck hindurchgehen und zugleich einen schwachen elektrischen Strom wirken lässt, so hört man den Kehlkopf je nach den gereizten Muskeln in einem tiefen oder hohen Tone bellen.

Daraus schliesst Verf., dass dem Kehlkopf die Hauptrolle bei der Bildung der Vokale zukommt und dass die Mundhöhle nur zur Verstärkung oder Umformung dient.

GONTIER DE LA ROCHE.

102) **H. Gutzmann** (Berlin). **Zur Messung der relativen Intensität der menschlichen Stimme.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 223. 1909.*

In der äusserst gründlichen Arbeit, die sich auf viele eigene Versuche stützt, kommt G. zu folgenden Resultaten: Wir haben bis jetzt noch kein zuverlässiges Mittel, um die Intensität der Stimme absolut zu messen. Die relative Messung der Stimmintensität durch Messung des Athemvolumverbrauches bei gleichbleibender Tonhöhe und gleichbleibendem Klange giebt ein gutes Bild von der Genauigkeit, mit welcher die einzelnen Kräfte bei der Stimmgebung coordinirt werden. Gute Sänger vermögen die einmal eingenommene Intensität der Stimme inne zu halten mit einem durchschnittlichen Fehler von 8—9 pCt. beim Forte und 7 pCt. beim Piano.

OPPIKOFER.

103) **Imhofer** (Prag). **Ueber Phonasthenie bei Sängern.** *Prager med. Wochenschrift. No. 45. 1909.*

Bei Sängern, Rednern, Schauspielern usw. eine sehr häufige Erkrankung, von welcher J. 36 Fälle genau beobachtete. Er bezeichnet als Phonasthenie eine Störung der Function des Stimmorganes, dahin gehend, dass das Princip des kleinsten Kraftausmaasses bei der Stimmbildung durchbrochen wird und zwar entweder dadurch, dass zur Hervorbringung eines Tones mehr Kraft verwendet wird als nöthig ist oder dass die Stimmbandmuskulatur einem bestimmten Impuls nicht mehr in gewohnter Weise gehorcht.

Als häufigste Ursache fand J. fehlerhaften Gebrauch der Stimme und giebt schliesslich diagnostische und therapeutische Winke.

CHIARI.

104) **S. Flatau** (Berlin). **Zur Symptomatologie und Behandlung der functionellen Stimmschwäche.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 119.*

Verfasser weist vorerst auf den hohen Werth der Functionsprüfung bei Störungen der Singstimme hin. Dann werden Symptome und Therapie der functionellen Stimmschwäche eingehend erörtert. Am Ende der Arbeit entwickelt F. in kurzen Zügen die Grundlage für die Leitung einer systematischen Uebungstherapie.

OPPIKOFER.

105) **Theodor S. Flatau. Neue Beobachtungen über Phonasthenie. (Recent observations concerning Phonasthenia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Aus dem Deutschen übersetzt.

EMIL MAYER.

106) **Giuseppe Braude. Reine Worttaubheit oder reine sensorielle subcorticale Aphasie. (La sordità verbale pura afasia sensoria sottocorticale pura.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1908.*

Es handelt sich um einen 45jährigen Mann ohne hysterische Stigmata oder locale Veränderungen am Gehörorgan, der aber an einem Herzfehler leidet und plötzlich von partieller beiderseitiger Taubheit betroffen wird; er versteht die Worte nicht und nimmt sie nur als Geräusch wahr, er versteht ihren Sinn nicht

hört aber das Ticken der Uhr und die sämtlichen Bezold'schen Stimmgabeln. Der Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil die Worttaubheit wahrscheinlich organischen Ursprungs ist; Verf. führt sie auf Gefässveränderungen thrombotischer oder embolischer Natur zurück, die auf den Herzfehler zu beziehen sind.

FINDER.

107) **J. Broeckaert** (Gent). **Worttaubheit und Neuritis optica durch einen Tumor des linken Temporallappens; breite Craniectomie. (Surdité verbale et névrite optique par tumeur du lobe temporal gauche. Large craniectomie.)** *Journal de chir. et Annal. de la Soc. Belge de chir. No. 8. 1909.*

B. machte eine breite Craniectomie, stiess auf den Tumor, konnte denselben aber wegen einer heftigen Blutung nicht enucleiren.

Die Autopsie ergab eine hühnereigrosse Geschwulst, welche beinahe den ganzen linken Temporallappen einnahm. Dieselbe schien ihren Ausgang in dem Sphenoidaltheil dieses Lappens genommen zu haben und ist nach hinten und oben von einer Schicht anscheinend normaler Corticalsubstanz bedeckt.

Die histologische Untersuchung ergiebt ein vasculäres Glioma carcinomatodes.

BAYER.

108) **Mahaim. Ein Fall von Linsenkernläsion ohne Aphasie. (Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie.)** *Bulletin de l'Académie de Méd. de Belgique. No. 2—3. 1909.*

Frau mit rechtsseitiger Hemiplegie seit 9—10 Monaten, erliegt einer neuen Apoplexie. Dieselbe zeigte eine motorische Aphasie oder Anarthrie nach P. Marie. Die Autopsie ergiebt, dass der Tod durch eine protuberantielle Hämorrhagie herbeigeführt wurde, ausserdem noch die Existenz einer ausgedehnten rechtsseitigen Lenticularläsion, herrührend von der ersten Hämorrhagie. Im Gegensatz zu den Marie- und Moutier'schen Anschauungen haben die Läsionen keine Aphasie veranlasst.

BAYER.

109) **Hans Schultze** (Thierarzt, Berlin). **Historisch-kritische Darlegung der Arbeiten über die Versorgung des Kehlkopfes, der Trachea und Bronchien mit vasomotorischen und sensiblen Nerven, nebst eigenen Versuchen über Gefässnerven der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngoloie. Bd 22. Heft 1. 1909.*

Sehr eingehende Arbeit mit guten Abbildungen und ausführlichem Literaturverzeichniss. Aus eigenen Versuchen schliesst Verf., dass die Vasodilatatoren für die Kehlkopfschleimhaut dem N. lar. sup. durch den N. vagus zugeführt werden und nicht vom Sympathicus stammen.

In Bezug auf die Gefässnerven der Trachea ergab sich, dass die Vasoconstrictoren im unteren Halstheil des Vagosympathicus enthalten sind und in den N. recurrens übergehen; dieser giebt sie an den Ramus trachealis ab, in dem auch die Dilatatoren verlaufen.

Die Gefässerweiterer, wenigstens für die oberen und mittleren Abschnitte der Trachealschleimhaut, werden auf dem Wege der oberen Kehlkopfnerven hinabgeführt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

110) **A. Iwanow. Die Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 459. 1910.*

J. prüfte die Sensibilität des Kehlkopfes bei verschiedenen Nervenkrankheiten (Gehirntumor, Hemiplegie, Bulbärparalyse, multiple Sklerose, Tabes, Syringomyelie, Hysterie u. a.) im Ganzen 124 Fälle.

Nach Verf. begegnet man Sensibilitätsstörungen viel seltener als Bewegungsstörungen und, wie es scheint, stehen sie nicht in ursächlicher Abhängigkeit zu einander. So beobachtet man stark ausgesprochene Bewegungsstörungen und dabei ist die Sensibilität des Kehlkopfes ganz normal; es giebt Fälle, wo die Sensibilität gestört ist und wo die Bewegungen des Kehlkopfes normal sind. Dieser Umstand spricht mehr für die Selbständigkeit der Wege der sensiblen und motorischen Nervenfasern des Kehlkopfes.

Die Sensibilität des Kehlkopfes kann nicht nur total, sondern auch theilweise, partial gestört werden. Hemianästhesien des Kehlkopfes sind nicht beweisend für Hysterie.

Demnach sprechen die bisherigen klinischen Beobachtungen mehr gegen die gemischte Natur der Fasern des Laryngeus inferior.

OPPIKOFER.

111) **A. Iwanow. Störung der Empfindung des Kehlkopfes. (Restroistwo tschuwsteritel nesti gertani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1909.*

J. untersuchte 184 Nervenkranke, von denen 22 Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes aufwiesen.

Dabei verwahrt sich Autor gegen zu vorschnelle Schlussfolgerungen, indem man nur den Hustenreflex als massgebend betrachtet. Der menschliche Kehlkopf ist normaliter sehr verschieden erregbar.

Bei 23 Hemiplegischen fand sich keine Störung der Kehlkopfsensibilität. Auch in der Literatur konnte eine Bestätigung für die Angabe von Semon nicht gefunden werden.

In 3 Bulbärfällen auch keine Störung.

8 multiple Sklerotiker erwiesen sich als normal in Bezug auf den Kehlkopf.

Unter 4 Fällen von Scler. lat. amyotroph. fand sich einer mit deutlicher Herabsetzung der reflektorischen Empfindlichkeit bei Erhaltung des Temperaturschmerzsinnes.

3 Pseudobulbärfälle boten keine Veränderung.

Eigenthümliche Störung fand sich bei progressiver Muskelatrophie.

Auf 48 Tabiker Störungen in 4 Fällen, unter denen 3 keine Bewegungsstörungen aufwiesen. Temperaturempfindung war verändert in 3 Fällen, Tactile und Schmerzempfindung in 2 Fällen.

Auf 22 Fälle von Syringomyelie fanden sich 15 Sensibilitätsstörungen.

In 12 Fällen von Recurrensparalyse peripheren Charakters keine Veränderung.

Auf 18 Fälle von Hysterie, unter denen auch Aphonie, keine Sensibilitätsstörung.

Zum Schluss führt Autor einen Fall von Hemianästhesie des Kehlkopfes an, wo anfangs Hysterie angenommen wurde, wo es sich aber um ein Sarkom an der Schädelbasis handelte.

P. HELLAT.

112) **Notiz des Herausgebers. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Journal American Medical Association. 26. März 1910.*

Die Behandlung soll bestehen in: Ruhe, frischer Luft, Nahrungsaufnahme nur alle drei Stunden in nicht zu grossen Mengen; warmen Bädern; Gurgeln mit Borsäurelösung; wenn nöthig täglicher Darmentleerung mit Cascara; Eisen in irgendwelcher Form; wenn schwere Anfälle vorhanden sind, Antipyrin bei gleichzeitiger Darreichung von Digitalis; ist Antipyrin contraindicirt, so gebe man Codein oder Tinct. opii. EMIL MAYER.

113) **C. R. Grandy. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juli 1909.*

Keuchhusten ist bei Kindern unter 5 Jahren als eine sehr ernste Krankheit zu betrachten; sie verläuft da häufiger tödtlich als Scharlach. Eine grosse Bedeutung kommt der Prophylaxe zu. Daher sollte vor Allem das Publikum über die wirkliche Bedeutung der Krankheit aufgeklärt werden. Die Krankheit muss gemeldet und alle Schutzmassregeln gegen ihre Verbreitung getroffen werden. Verf. räth eine strenge Quarantäne an; am besten sollten die keuchhustenkranken Kinder in ein ausserhalb der Stadt gelegenes Hospital gesandt werden. EMIL MAYER.

114) **O. Federici. Ueber eine nicht häufige Complication des Keuchhustens. (A proposito di una complicazione non frequente della pertosse.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1908.*

Bei einem Knaben, der im Anschluss an Keuchhusten epileptische Anfälle bekam und starb, fand sich bei der Section eine entzündliche, nicht eitrige Thrombose der Hirnleiter. Es fanden sich Veränderungen der Intima der kleinen Arterien und Venen, sowie der Capillaren. Identische Veränderungen zeigten die Wände der Hirnleiter; die Folge davon war die vollkommene oder partielle Thrombose.

FINDER.

115) **Hönck** (Hamburg). **Ueber Behandlung des Keuchhustens und anderer Luftröhrenkatarrhe durch die Bauchmassage.** *Fortschritte der Med. 7, 8. 1910.*

Bei Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen, sowie bei Keuchhusten wurden durch wiederholte Bauchmassage, deren Methodik genauer angegeben wird, gute Erfolge erzielt. SEIFERT.

116) **L. Berliner** (Berlin-Reinickendorf). **Zur Therapie des Stickhustens. Eine Behandlung mit Chininsalbe auf dem Wege durch die Nase.** *Münchener med. Wochenschr. No. 7. 1910.*

Die Salbe besteht — je nach dem Alter des Kindes — aus 1—2,5 Chinin auf 10—15 g Adip. suillis, wird 3—4 × täglich mittelst Glasstäbchen in die Nase eingeführt etwa in Grösse einer Erbse. Das Kind befindet sich in Rückenlage, damit die Salbe nach hinten fliesst. Die durch ihre Einfachheit zweckmässige Methode lässt Zahl und Intensität der Krampfanfälle bald abnehmen. Die Cur muss wochenlang fortgesetzt werden. HECHT.

117) **W. E. Casselberry. Kehlkopftuberculose. (Tuberculose of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 21. August 1909. Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. will beweisen, dass die allgemeine Anschauung über den furchtbaren Charakter der Larynxtuberkulose nicht ganz gerechtfertigt ist und dass in manchen Fällen eine natürliche Resistenz besteht, die, wenn man ihr in geeigneter Weise zu Hülfe kommt, die Krankheit zum Stillstand gelangen lässt.

Unter 60 von ihm beobachteten Fällen waren 24 von vornherein hoffnungslos. Bei 22 trat eine zeitweise aber nicht permanente Besserung ein; von diesen starben 8 innerhalb 3—7 Jahren, das Schicksal der anderen ist unbekannt. In der dritten Gruppe von 11 Fällen war ein Stillstand der Erkrankung von 4—14 Jahren zu constatiren. Verf. empfiehlt Menthol, Tuberculin, Freiluftbehandlung.

LEFFERTS.

118) **Imhofer** (Prag). **Fünfzig Jahre laryngologischer Arbeit auf dem Gebiete der Kehlkopftuberculose.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. Marhold. Halle a. S. IX. 7/8. 1909.*

In dem ersten Capitel von der Kenntniss der Kehlkopftuberculose bei den ersten Laryngoskopikern erwähnt J., dass Czermack zwar schon hierhergehörige Fälle beschrieben, sie aber in ihrer Bedeutung noch nicht erkannt hat, während Lewin sie schon richtiger gewürdigt hat. Rühle kommt dem Wesen dieser Erkrankung schon viel näher, wenn er auch der Entstehung der Ulcerationen aus dem Zerfall der Miliartuberkel skeptisch gegenübersteht; er macht aber genaue differentialdiagnostische Angaben gegenüber der Syphilis. Mandl und Gerhardt zogen schon gewisse Functionsstörungen der Stimmbänder ohne Geschwüre und Infiltrate in den Kreis ihrer Beobachtungen. Bruns leitet die Ulcerationen aus den Tuberkeln her, glaubt aber, dass man ihnen ihren Charakter nicht ansehen kann.

Türck's Lehrbuch und Atlas sind dagegen klassische Erstlingswerke. Er beschreibt eingehend „die mit Lungentuberculose in Zusammenhang stehenden Kehlkopfkrankheiten“ und trennt sie von dem Carcinom und der Syphilis. Tobold kennt eine Phthisis laryngea, die aus einer tuberculösen Infiltration hervorgeht und eine durch Miliartuberculose bedingte.

Die schon von Belloc und Rousseau inaugurirten Insufflationen, Pinselungen und Inhalationen blieben zuvörderst allerdings unter Leitung des Kehlkopfspiegels im Gebrauch; Türck, Bruns und Marcet empfehlen Scarificationen bei Oedem.

In dem 2. Capitel: „Die pathologische Anatomie der Kehlkopftuberculose“ zeigt J., dass Türck als Tuberculose nur die Miliartuberkel gelten lässt, alle anderen Processe aber nur als mit Lungentuberculose in Zusammenhang stehende; das Oedem erklärt er durch allgemeine Circulationsstörungen. Die Auffassung von der nichttuberculösen Natur der Larynxaffectionen bei Tuberculose führte zu einer grossen Verwirrung (Capart, Duchek); dagegen sprach Ziemssen schon von einer „infectiös-destructiven Einwirkung des Cavernensecrets auf die oberflächliche Schleimhaut“.

Von der Prädilection gewisser Stellen für die Localisation der Tuberculose sprechen Rheiner und Lewin.

Die Frage des Mechanismus der Infection wurde verschieden beantwortet, bis Heinze's Arbeit „Die Kehlkopfschwindsucht" Klarheit brachte und das mikroskopische Studium der Larynxtuberculose inaugurirte. Die äussersten Consequenzen zog Eppinger, der die Erosionsgeschwüre im Kehlkopf der Phthisiker nicht als katarrhalische, sondern specifische auffasste; ihm stimmten Gouguenheim und Tissier bei. Diese Frage ist noch nicht einstimmig entschieden. — Neben der Louis'schen Sputuminfectionstheorie tauchte die Hypothese der hämatogenen und lymphogenen Entstehungsart der Larynxtuberculose auf. Jene wurde weiter gestützt durch Orth, Fischer, Heryng, E. Fränkel, Thost, Cornet; diese durch Korkunoff, Störck und Schnitzler. Die neueren Anschauungen schliessen ein Compromiss zwischen beiden.

Das 3. Capitel beschäftigt sich mit der Diagnose und Prognose der Larynxtuberculose. Es galt vor Allem die Differenzen gegenüber der Syphilis festzustellen, wobei sich herausstellte, dass beide Erkrankungen sich combiniren können (Schnitzler u. a.). B. Fränkel und Schech wollten die Diagnose aus dem laryngoskopischen Befund stellen und ersterer vervollständigte seine Angaben durch Zuhilfenahme der bakteriologischen Untersuchung, nachdem Koch den Tuberkelbacillus entdeckt hatte. Loesch und Lublinski zeigten, dass eine diesbezüglicher negativer Befund nichts Sicheres gegen Tuberculose beweise. Um die Erforschung des Larynxlupus machten sich Chiari, Riehl und Grossmann verdient.

Für eine günstigere Prognose traten Zimmer, Störck und Capart ein, während Krishaber und Mackenzie dem alten Pessimismus huldigten. Ein Umschwung zu Gunsten der Heilbarkeit trat besonders nach den Publikationen von Krause und Heryng ein, deren Auffassung bald eine Reihe anderer Autoren beipflichteten.

In dem 4. Capitel „Die Therapie der Larynxtuberculose" giebt J. einen geschichtlichen Ueberblick und verweilt naturgemäss längere Zeit bei der Milchsäure- und chirurgischen Behandlung und der Tuberculintherapie und der Galvanokaustik. Weiter bespricht er die Tracheotomie, Laryngofissur und Totalexstirpation usw. Die nächsten Aufgaben der Laryngologie hinsichtlich der Larynxtuberculose fasst J. im letzten Capitel dahin zusammen, die nicht tuberculösen Veränderungen bei Tuberculose pathologisch-anatomisch zu studiren und dem Infectionsweg nachzugehen. Bei nicht ulcerirten Infiltraten soll man mit der Probeexcision sehr vorsichtig sein. Wichtig wäre die Aufklärung über den differenten Verlauf. Der Larynxphthisiker muss unbedingt das Object klinischer Behandlung sein.

A. ROSENBERG.

119) **Clarus** (Görbersdorf). **Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose in der Volksheilstätte.** *Brauer's Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XV. 1910.*

Die von Clarus gegebene Darstellung soll nicht etwa ein umfassendes Bild der Therapie der Kehlkopftuberculose sein, sondern nur die im Weicker'schen Volkssanatorium in Görbersdorf zur Anwendung gelangten Methoden schildern.

Unter die allgemeine Behandlung ist das hygienisch-diätetische Heilverfahren und die speeifische Behandlung rubricirt. Die örtliche Behandlung umfasst die physikalischen Methoden (Sonnenlicht- und Stauungsbehandlung), die medicamentöse Behandlung (Mentholöl, Milchsäure), sowie die chirurgische Behandlung (blutige Eingriffe, Galvanokaustik). Das Ideal, die Schweigecur, ist in den Volksheilstätten kaum zu erreichen.

SEIFERT.

120) **Semenow-Blumenfeldt. Zur Frage der Kehlkopftuberculose-Behandlung. (K woprosu letschenija tuberculosa gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 5. 1909.*

Autor giebt eine kurze Uebersicht über die Behandlung der Kehlkopftuberculose und geht dann über zur Casuistik seiner 14 mit dem Marmoreck'schen Serum behandelten Fälle. Alle 14 Fälle wurden geheilt, daher der etwas gehobene Ton des Artikels.

P. HELLAT.

121) **A. Rosenberg. Primärer und secundärer Hautlupus. (Eine Bemerkung zu dem Artikel des Herrn Joseph Cohen.)** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 501. 1910.*

Rosenberg theilt mit, dass bei einem der drei von ihm publicirten Fälle von primärem Larynxlupus sich ein secundärer Hautlupus eingestellt hat, eine Angabe, die J. Cohen übersehen hat.

OPPIKOFER.

122) **A. Aronson** (St. Petersburg). **Ueber Larynxcondylome.** (Aus der Königl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr.). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. S. 92. 1909.*

Zusammenstellung der bisherigen Mittheilungen über Larynxcondylome und Mittheilung eines eigenen Falles, bei dem 9 Jahre nach der Infection, also zu einer Zeit, in der man nur gummöse Neubildungen zu erwarten gewohnt ist, im Larynx Papeln von durchaus secundärem Charakter gefunden wurden.

Die Statistik in Bezug auf Häufigkeit der Larynxcondylome giebt Zahlen, die von 3—70 pCt. schwanken.

An der Gerber'schen Poliklinik wurden bei 81 Patienten mit Larynxsyphilis 3mal Condylome = 3,7 pCt. gesehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

123) **Vincenzo Nicoletti. Ueber Einimpfungen und Ueberpflanzungen von Schilddrüsengewebe. (Sugli innesti ed i trapianti di tessuto tiroideo.)** *Atti della Clinica Olo-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1908.*

In seiner sehr umfangreichen Arbeit giebt Verf. zunächst eine kritisch-historische Uebersicht über alles, was bisher über diesen Gegenstand veröffentlicht worden ist, mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Cristiani und Ginevra.

Im zweiten Theil giebt Verf. die Resultate seiner eigenen Experimente wieder. Dieselben eignen sich nicht zur Wiedergabe im Referat. Jedoch sei hervorgehoben, dass es sich herausgestellt hat, dass Ueberpflanzungen der Schilddrüse beim

Menschen nicht ausführbar, dass daher für eventuelle therapeutische Zwecke bei strumipiven Zuständen nur die Impfungen nach Cristiani in Frage kommen.

FINDER.

124) **Isaac Ott** und **John C. Scott. Die Wirkung des Drüsenextracts auf Tetanie nach Parathyreodectomie. (The action of glandular extracts upon tetany after Parathyreodectomy.)** *N. Y. Medical Record. 4. September 1909.*

Verff. haben an 60 Katzen und 2 Hunden 133 Beobachtungen angestellt. Bei Katzen treten, wenn alle Parathyroiddrüsen entfernt worden sind, Symptome von Tetanie nach ungefähr 48 Stunden auf. Bei einigen alten Katzen blieben diese Symptome jedoch für 2 Wochen aus; Verf. meint, dass hier die Function der Hypophysis genügt, um die Tetanie hinauszuschieben. Ungefähr 3 Stunden nach der subcutanen Injection von Hypophysisextract bei Thieren mit Tetanie begannen die Symptome zu verschwinden, jedoch nach 24 Stunden traten sie wieder auf. In keinem Falle wurde der Tod durch die Injectionen von Hypophysisextract verhindert. Aus den Beobachtungen des Verf.'s ging hervor, dass es ein organischer in der Hypophysis enthaltener Körper sein muss, der auf die Tetanie wirkt. Verf. hat noch die Extracte verschiedener anderer Drüsen bei der Tetanie versucht (Thymus, Testikel, Prostata, Milz, Pankreas, Adrenalin etc.); sie hatten theils keine, theils nur geringe Wirkung.

Verf. kommt zu dem Resultat, dass die Tetanie nicht auf einem Mangel an Calcium, sondern auf einem Gift im Blute beruht.

LEFFERTS.

125) **Andrassy** (Böblingen). **Ueber Kropf und Kropfherz.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. 5. 1910.*

Unter 112 von Andrassy ausgeführten Kropfoperationen wurde 14 mal Basedow'sche Krankheit diagnosticirt, 34 mal fanden sich Störungen in der Herzthätigkeit. Der Einfluss der Kropfoperation auf das Herz ist dauernd günstig geblieben.

SEIFERT.

126) **Julius Vécsei. Zur Casuistik des Morbus Basedowii. Complicationen und atypische Fälle.** *Zeitschrift f. physikalische u. diätetische Therapie. 13. Bd. Heft 10.*

Mittheilung von 6 Fällen. Fall 1 mit Diabetes, Fall 2 mit Parese der linken Extremitäten, Fall 4 mit heftigen Diarrhöen, werden wesentlich gebessert entlassen; Fall 3, der vor Beginn der Kur an Gallensteinen gelitten hatte und bei der Aufnahme noch leicht ikterisch ist, starb 4 Monate nach der Entlassung, nachdem sich das Befinden während der Behandlung noch verschlechtert hatte, angeblich an Pneumonie; Fall 5 wird mit dem Verdacht der Erkrankung der Hypophysis und mit dem Rath zur Operation ungebessert entlassen und Fall 6 ist complicirt mit Dementia paralytica und stirbt nach der Entlassung plötzlich an „Herzschlag".

Die Behandlung bestand hauptsächlich in hydriatischen Maassnahmen, Ueberernährung, Massage, Liegekur, Galvanisation, Darreichung von Biocitin, mässigen Spaziergängen, dosirt je nach Lage des Falles.

SALZBURG.

127) **Viktor Wigert. Einige Fälle von Morbus Basedowi bei Geisteskranken. (Nagra fall af Morbus Basedowi hos tunnesspika.)** *Hygiea. Juli 1909.*

Verf. giebt als Einleitung eine Uebersicht über die jetzige Auffassung von den psychischen Störungen bei dieser Krankheit und ihre Ursache und berichtet danach sehr vollständig über 7 Fälle. E. STANGENBERG.

128) **Albert Kocher. Die Behandlung des Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1910:*

Das auf der Jahresversammlung schweizerischer Balneologen 1909 erstattete ausführliche Referat eignet sich nicht zu detaillirtem Bericht. Der Kern des Referats besagt: Die Hauptgrundlage der Basedow'schen Krankheit ist in einer Functionsveränderung der Schilddrüse zu suchen; das Substrat für diese veränderte Function liegt in einer quantitativen Veränderung specifischer chemischer Stoffe, deren Verarbeitung der Schilddrüse obliegt. Wenn auch die interne Therapie Erfolge zu verzeichnen hat — kritische Erörterung der verschiedenen therapeutischen Maassnahmen —, so stehen dieselben doch hinter der chirurgischen Behandlung bedeutend zurück. Die Schilddrüsenoperation hat fast ohne Ausnahme eine Besserung der Krankheit und, wenn richtig durchgeführt, eine Heilung zur Folge. Die Bedingung zur Vermeidung von Misserfolgen und zur Erzielung möglichst vieler wirklicher Heilungen ist die Frühoperation. Der nach der Operation persistirende Exophthalmus hängt nicht von dem Grad desselben, sondern von seiner Dauer ab. Durch Frühoperation kann auch hochgradiger Exophthalmus zum Verschwinden gebracht werden. Nach der Operation kann die vorher versagende interne Behandlung noch weitere Erfolge zeitigen. Hierzu eignen sich dann am Besten: „Curen in Höhenluft von 1000—1500 Metern, leichte Hydrotherapie in Form kühler Abwaschungen und Bäder, diätetische Maassregeln im Sinne eiweiss- und fettarmer Nahrung, Ruhecur unterbrochen von regelmässigen, methodisch zu steigernden Muskelübungen (Widerstandsbewegungen); innerlich Phosphor, Arsen ev. Eisen.“ HECHT.

g. Oesophagus.

129) **Kaufmann** und **Kienböck** (Wien). **Ueber Erkrankungen der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35—38 incl. 1909.*

Differentialdiagnostische Merkmale von hochsitzendem und tiefsitzendem Pulsionsdivertikel und der idiopathischen Dilatation der Speiseröhre auf Grundlage von radiologischen Untersuchungen und der Sondirung mit dem weichen Magenschlauch. CHIARI.

130) **Ch. Gardère. Die Tuberculose des Oesophagus. (La tuberculose de l'oesophage.)** *Gazette des hôpitaux. 5. Februar 1910.*

Verf. hat 70 sichere Fälle von Speiseröhrentuberculose zusammengestellt. Die anatomischen Formen sind: Ulceration, skleröse Hypertrophie, die Perforation in Folge Durchbruchs einer verkästen Drüse. GONTIER DE LA ROCHE.

131) **Guisez** und **Albrand** (Paris). **Syphilis der Speiseröhre. (Syphilis de l'oesophage.)** *Progrès Médical. 5. März 1910.*

Verf. berichten über einige Fälle von Syphilis des Oesophagus und zeigen den Werth der Oesophagoskopie für die Diagnose dieser Krankheit.

Man findet secundäre Erscheinungen in Form von Erosionen; am häufigsten sind jedoch die Gummata und die Narbenverengungen. GONTIER DE LA ROCHE.

132) **La Fetra. Spastische Strictur der Speiseröhre. (Spasmodic stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 11. December 1909.*

Es giebt eine Anzahl von Fällen von Erbrechen im Kindesalter, die auf Spasmus des Oesophagus zurückzuführen sind. S. S. Adam hat der American Pediatric Society über einen solchen tödtlich verlaufenen Fall berichtet; Verf. ist in der Lage, einen analogen, von ihm intra vitam diagnosticirten Fall mitzutheilen.

SEIFERT.

133) **Max Einhorn. Bericht eines Falles von Oesophagusdilatation mit Heilung, nebst Beschreibung eines neuen Cardiadilatators.** *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 6.*

Das Instrument besteht im Wesentlichen aus einer Metallspirale, welche mit einem Gummischlauch überzogen ist und in folgende Theile zerfällt: a) ein sich dilatirender Theil, b) ein biegsamer Stamm, c) ein Lenkrädchen, d) Griff, die Schraubvorrichtung für die Erweiterung des unteren Theiles (a) enthaltend, e) biegsamer Spiralstamm, die Verbindungsdrähte einschliessend, f) Hartgummiring. Technik ist am Besten im Original nachzulesen. Der Fall ist vollkommen geheilt. SALZBURG.

134) **Viannay** (St. Etienne). **Fremdkörper des Oesophagus. Complication. Tod. (Corps étranger de l'oesophage. Complications. Mort.)** *Société des Sciences Médicales de St. Etienne. März 1910.*

Es handelte sich um einen 24jährigen Mann, der einen Hasenknochen verschluckt hatte. Es bildete sich eine periösophageale Phlegmone, Perforation des Oesophagus, Ulceration der Carotis, Tod. Bei der Section fand sich auch eine Gangrän der rechten Lungenspitze. GONTIER DE LA ROCHE.

135) **Mandel** (München). **Zur Oesophagotomia externa.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 9. 1910.*

Eine gesprungene Oberkiefer-Zahnprothese wurde zur Hälfte verschluckt und mittelst Oesophagotomia externa bei glatter Heilung entfernt. Die Krankengeschichte ist in extenso beigefügt. HECHT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **James Walter Downie,** M. B. (Glasgow). **Clinical manual for the study of diseases of the throat.** 2nd Edition. Publishers James Maclebose and Sons. Glasgow 1909.

In der Vorrede zu diesem Buch heisst es: „Nur dem Namen nach ist dies eine zweite Auflage, denn die vorhergehende ist fast vollständig von neuem geschrieben und auf den Standpunkt des heutigen Tages gebracht."

Nach Ansicht des Referenten ist es zweifelhaft, ob heutigen Tages Jemand ein zufriedenstellendes Buch über die Krankheiten des Halses schreiben kann, ohne dass er eine genaue Schilderung der Rhinologie und der rhinoskopischen Methoden einschliesst. In vorliegendem Buch ist dies versucht worden, und das Ergebniss ist, dass der Leser es mit einem Eindruck der Unvollkommenheit aus der Hand legt. Zwar ist in dem Capitel über adenoide Vegetationen die Rhinoscopia posterior kurz beschrieben, jedoch so, als ob gezeigt werden soll, dass sie im Vergleich mit der kurz vorher in aller Ausführlichkeit erörterten Laryngoskopie leicht und unwichtig sei.

Das Buch zerfällt in achtzehn Capitel.

Das erste Capitel enthält die Beschreibung der Untersuchungsmethoden; ich meine, es wäre besser gewesen, an dieser Stelle nicht so viel Bezug auf Krankheitszustände zu nehmen, die weiterhin dann ausführlicher besprochen werden.. Auf eine Thatsache hätte wohl hingewiesen werden können, nämlich, dass die Stimmbänder bei Baritonisten und Bassisten eine rothe Farbe haben, ohne dass dies etwas Krankhaftes bedeutet. Auf Seite 49 liest man: „Eine Erkrankung der Kehlkopfnerven kann in Form einer Reizung oder einer Compression vorliegen. Erstere führt zu einem Spasmus, der sich gewöhnlich auf die der gereizten Seite entsprechenden Muskeln beschränkt, obwohl alle Muskeln des Kehlkopfinnern betheiligt sein können; sind besonders die Abductoren betroffen, so kann stridulöses Athmen und sogar Erstickung die Folge sein." Ich verstehe nicht, wie das mit den Ansichten der übrigen Autoritäten in Uebereinstimmung gebracht werden kann, selbst wenn wir annehmen, dass es sich bei „Abductoren" um einen Druckfehler handelt. In diesem Capitel werden auch Tracheoskopie und Bronchoskopie auf wenig mehr als einer Seite beschrieben, ohne dass auf eine Beschreibung der neusten Instrumentenformen eingegangen wird. „Die Röhre soll in allen Fällen unter Leitung des Auges mit oder ohne Hülfe der Finger eingeführt werden" — aber es wird uns nicht gesagt, in welcher Weise die Finger helfen sollen.

Der Raum gestattet mir nicht, jedes einzelne Kapitel ausführlich durchzugehen; jedoch haben sich bei Durchsicht des Buches zahlreiche Behauptungen gefunden, gegen die Einwendungen gemacht werden müssen. So lesen wir auf Seite 79: „Die normale Secretion der Rachenfollikel ist klar und wässrig, im Zustande der acuten Entzündung jedoch wird sie wie die Secretion der Tonsillarfollikel unter ähnlichen Bedingungen opak und milchig von Aussehen. Hat die Entzündung mehr chronischen Charakter, so wird das Secret halbfest und wie

geronnene Milch und kann dann in den Follikeln zurückgehalten werden, aus denen es sich leicht herausdrücken lässt." Sind nicht Follikel Lymphknötchen? (Ref.) Auf Seite 116 heisst es: „Kinder mit Hyperplasie der Tonsillen athmen constant durch den Mund." Referent ist davon nicht im Geringsten überzeugt, wenn nicht auch adenoide Wucherungen vorhanden sind. Für die Fälle, in denen sowohl die Tonsillen wie die Wucherungen zu entfernen sind, wird dringend die Anwendung von Chloroform angerathen. Referent ist der Ansicht, dass andere Anaesthetica sicherer sind und dass wir dafür jetzt ein stattliches Beweismaterial besitzen. Leptothrix des Pharynx wird von der Keratose unterschieden; bei der letztgenannten Affection wird empfohlen, „jeden einzelnen Auswuchs gründlich mit dem Elektrocauter zu zerstören." Wie lange soll das dauern in jenen Fällen, in welchen gleicherweise die Tonsillen wie der Zungengrund afficirt sind? Rechtfertigen die Symptome eine derart drastische Behandlung? Man bedenke, dass der Verf. zugiebt, es handele sich um keine ernstliche Störung.

Für die Entfernung gutartiger Kehlkopfgeschwülste scheint sich Verf. hauptsächlich der Elektrocaustik zu bedienen. Auf Seite 201 beschreibt er einen Fall, den der verstorbene Prof. Schrötter in Behandlung gehabt hatte und der die Superiorität der Elektrocaustik zeigen soll. Wir möchten wissen, ob die Geschichte des Falles, soweit sie sich auf die in Wien angewandte Behandlung bezieht, von dem Arzt oder dem Patienten herstammt.

Durch das ganze Buch geht unseres Erachtens zu sehr die Neigung, Fälle anzuführen, von denen einige übrigens sicher interessant sind z. B. Angiom und Epitheliom der Uvula und syphilitische Geschwüre der Trachea. Andere aber sind nicht von genügender Wichtigkeit, um ihre Anführung zu rechtfertigen. Hätte der Verf. anstatt eine Reihe von Seiten Fremdkörperfällen zu widmen, lieber eine detaillirtere Beschreibung der Anwendung von Bronchoskopie und Oesophagoskopie gegeben, so wäre es in jeder Hinsicht besser gewesen. In dem Capitel über Tuberculose vermissen wir in dem Absätz, der der Prognose gewidmet ist, jeden Hinweis auf den so viel besprochenen Einfluss der Schwangerschaft. Das Capitel über Neurosen ist elementar gehalten und keineswegs vollständig. Ausser den schon erwähnten möchte Ref. die Aufmerksamkeit des Verfs. auf folgende Punkte lenken, die entweder vollständig übergangen oder ungenügend behandelt sind:

1. Das Vorkommen von Halsaffectionen bei manchen Haut- und Infectionskrankheiten z. B. Pemphigus, Lepra, Sklerom, Typhus etc.
2. Die Anwendung der Elektrocaustik bei Tuberculose.
3. Pharyngitis sicca bei Bright'scher Nierenkrankheit und Diabetes.
4. Das Vorkommen verschiedener nicht diphtherischer membranöser Erkrankungen im Halse z. B. Streptokokken, Pneumokokken, Friedländer-Bacillus, Bacillus fusiformis etc.
5. Die verschiedenen Formen harmloser Ulcerationen, wie sie von Herzog, Moure u. A. beschrieben worden sind.

Das Buch ist reich ausgestattet. Manche Illustrationen sind gut, andere, wie die von den multiplen Kehlkopfpapillomen, sind weniger vollkommen.

Verf. scheint eine grosse Erfahrung zu besitzen und aus ihr bis zu einem gewissen Punkt Nutzen gezogen zu haben. Als ein Dokument individueller Beob-

achtungen ist das Buch ohne Zweifel von Wert; es muss aber wiederholt werden, dass der Verf. die Ansichten und Beobachtungen andrer Autoren sich nicht genügend zu eigen gemacht hat. P. Mc. Bride.

---

b) Société française de laryngologie.

Paris 10.—13. Mai 1909.

Furet (Paris): Sarkom der Nasenhöhle; Moure'sche Operation.

38jährige Frau; seit 2 Jahren Näseln, Anosmie, Nasenverstopfung; keine Störung des Allgemeinzustandes. In der linken Nase ein grosses Sarkom. Entfernung per vias naturales unmöglich; F. machte daher die Operation nach Moure, die Entfernung des Tumors gelang leicht ohne äussere Deformation.

Chavanne (Lyon): Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhle.

Bericht über einen Fall von tuberculösem Tumor der Nasenscheidewand. Ch. unterscheidet zwei Hauptformen: 1. Die miliare Tuberculose. 2. Die chronische Tuberculose, deren klinischer Typus der Lupus ist. Die tuberculösen und lupösen Tumoren der Nasenhöhlen entsprechen einer einzigen und identischen Affection und bilden eine Varietät des Lupus; sie sind fast immer primär; ihrem Auftreten geht eine ozaenöse Rhinitis, eine Form der atrophischen Rhinitis voraus, die bisweilen das Anfangsstadium des Lupus darstellt.

Mahu (Paris): Einige Fälle von Radicaloperation des chronischen Oberkieferhöhlenempyems auf nasalem Wege.

Verf. berichtet über 5 auf endonasalem Wege geheilte Fälle; sein Verfahren besteht in: totaler oder partieller Resection der unteren Muschel, breiter Eröffnung der nasalen Sinuswand, Auskratzen der Höhle mit langen, biegsamen Curetten.

Vacher (Orleans): Behandlung des Oberkieferempyems auf nasalem Wege.

V. resecirt die untere Muschel nicht, sondern trägt nur einen Theil ihrer Schleimhaut ab. Er macht die Oeffnung mit einer Scheere oder dem elektrisch betriebenen Trepan. Es wird vor allem auch Werth darauf gelegt, dass die Oeffnung bis auf den Nasenboden herabreicht. Curettirt wird nur, wenn auf dem Boden des Antrum sich Fungositäten finden.

Granet (Dijon): Oesophagoskopie und Elektrolyse in einem Fall von Speiseröhrenverengung.

Es handelte sich um eine dreifache Verengung der Speiseröhre; die dritte sass nahe der Cardia. Heilung mittels Elektrolyse.

Moure (Bordeaux): Fremdkörper des Oesophagus; Oesophagoskopie.

$3^1/_2$ jähriges Kind; trotz zweimaliger Versuche in Chloroformnarkose gelang es nicht, den Fremdkörper (einen Metallanker, dessen Spitze sich in die Oesophaguswand eingespiesst hatte) zu entfernen. Oesophagotomia externa. Heilung.

Mermod (Lausanne): Einige Nachtheile der submucösen Septumresection.

M. hat nach der Operation bisweilen eine bleibende Perforation constatirt, die sich oft dadurch vergrösserte, dass die Schleimhautränder nekrotisch wurden. Er berührt auch die Frage der traumatischen Ozaena nach dieser Operation. Bisweilen auch hat er gesehen, dass bei der Exspiration und Inspiration das flottirende Septum sich an die äussere Nasenwand anlegt.

Rouvillois und Sieur (Paris): Behandlung der Septumdifformitäten durch die submucösen Verfahren.

Das submucöse Verfahren bietet grosse Vortheile; es schont die Schleimhaut und giebt die Gewissheit, dass alles Pathologische entfernt wird; die traumatische Ozaena wird verhütet, ebenso die Synechien; es ist unblutig und giebt ausgezeichnete Resultate.

Lavrand (Lille): Pathogenie und Behandlung der Ozaena.

Die systematische Untersuchung von 90 Fällen hat stets in der Tiefe des mittleren Nasenganges eine nekrotisirende Osteitis des Siebbeins gezeigt. Der mittlere Nasengang ist der primäre Sitz der Erkrankung. Behandlung: Curettage der erkrankten Knochenpartien.

Viollet (Paris): Cystische recidivirende Nasenpolypen, die zu reichlicher Schleimabsonderung Veranlassung geben und ihren Ursprung in der Highmorshöhle zu haben scheinen.

20jähriger Mann. Grosser Choanalpolyp links; Abtragung. Während 6 Monate fünfmal Recidive von cystischen Nasenpolypen; die histologische Untersuchung der Polypen zeigte, dass sie ihren Ursprung in der Highmorshöhle hatten.

Jacques (Nancy): Streptokokkengeschwür des Gaumensegels.

Das Geschwür sass mitten auf dem Gaumensegel und hatte die Grösse eines Frankstücks. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines von Klava als „Leuconostoc hominis" beschriebenen Streptococcus. Jodtherapie; Heilung in 4 Wochen.

Rivière (Lyon): Acute Empyeme.

Verf. berichtet über zwei Fälle von acuten Exacerbationen bei alten Stirnhöhlenempyemen, die als Folge von Erkältungen auftraten und foudroyante Erscheinungen machten. Die Schwere der vereinzelten Symptome liess an eine schlechte Prognose denken, aber alles ging gut, nachdem die Congestion a frigore abgelaufen war und der Eiter wieder Abfluss hatte.

Bourgeois und Egger (Paris): Bericht über Kehlkopfödeme.

Unter der Bezeichnung des Larynxödems beschreiben Verff. Zustände, die durch eine seröse submucöse Exsudation gekennzeichnet sind. Sie theilen die Larynxödeme in 6 Gruppen: 1. Acutes und chronisches infectiöses Oedem. 2. Oedem bei Nierenkrankheiten. 3. Toxische Oedeme. 4. Traumatische Oedeme. 5. Oedem infolge behinderten Rückflusses des Blutes. 6. Nervöses Oedem.

Die Symptomatologie variirt bei den verschiedenen Formen, dem Grad, dem mehr oder minder schnellen Vorwärtsschreiten des Oedems.

Das wirkliche Oedem könnte nur mit dem Myxom verwechselt werden oder der ödematösen tuberculösen Infiltration.

Guisez (Paris): Tracheo-bronchoskopische Beobachtungen.

Mittheilung mehrerer in den letzten Monaten beobachteter Fälle von Fremdkörpern der Luftwege und Speiseröhre; von letzteren waren zwei durch das Auftreten eines gangränösen Abscesses der Oesophaguswand complicirt.

Gaudier (Lille): Intracranielle Entwicklung von Nasenrachenpolypen.

Bei der Section eines an einem Nasenrachenpolypen operirten und zwei Jahre darauf an einer foudroyanten Blutung verstorbenen Kindes fand sich ein fibröser Tumor, der sich bis zur Sella turcica erstreckte und diese bedeckte.

Garel (Lyon): Kehlkopfkrebs auf der ary-epiglottischen Falte sitzend. Endolaryngeale Operation. Heilung.

60 jähriger Mann. Circumscripter grosser Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Kein Recidiv seit 8 Monaten.

Laurens (Paris): Behandlung des Kehlkopfkrebses mittels Fulgurisation.

L. giebt eine Uebersicht über den heutigen Stand der Fulgurisation und berichtet über zwei von ihm mit anscheinend gutem Erfolg behandelte Fälle.

Castex (Paris): Verhornende Kehlkopfgeschwülste.

Verf. hat 6 Fälle von solchen Geschwülsten beobachtet; es waren kleine, warzig aussehende Tumoren, die den Stimmbändern aufsassen, von weisser Farbe. Sie haben die Charaktere des Epithelioms im Anfangsstadium. C. denkt an die Möglichkeit einer malignen Umwandlung.

Labouré (Amiens): Ein Fall von posttraumatischer Fixation des rechten Stimmbandes.

Nach einer durch Hufschlag bewirkten Fractur des rechten Unterkiefers wird Pat. aphonisch. Man findet eine Lähmung des rechten Stimmbandes, das später völlig atrophisch wird. Es handelt sich nach L. um eine Neuritis infolge Kehlkopffractur.

Caboche (Paris): Siebbeinsarkom; Resection des Siebbeins auf paranasalem Weg. Fortleitung auf das Gehirn.

Das Resultat der Operation blieb 5 Monate lang ausgezeichnet; dann trat Exophthalmus auf und Pat. starb in Coma.

Bar (Nizza): Diffuse peripharyngeale Phlegmonen.

B. berichtet über einen durch den Friedländerdiplococcus bedingten Fall, bei dem auch Loeffler'sche Bacillen sich fanden. Pat. ging an Herzcollaps zu Grunde, nachdem Darmblutungen aufgetreten waren. Trivas (Nevers).

---

c) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 8. Januar 1909.

Robert Foy: Apparat zur Dilatation der Nasenflügel.

Der Apparat besteht in einer einfachen Nickelfeder, die sich nur auf die Innenfläche der Nasenflügel stützt, ohne das Septum zu berühren. Seine Vorzüge sind: Leichte Application, Unmöglichkeit des Angesaugtwerdens der Nasenflügel, Möglichheit durch Widerstandsübungen eine Ausbildung der Nasenflügel zu bewirken, indem diese sich activ auf der Feder contrahiren. Der Apparat kann im Bedarfsfall den ganzen Tag über getragen werden.

Courtade beschreibt einen von ihm vor längerer Zeit construirten, aus einem dünnen elliptischen Stahlplättchen bestehenden Nasendilatator. Untersuchungen mittelst des Pneumographen vor und nach Application des Apparates zeigten die Erfolge, die besonders bei Verengung in Folge Deviation des vorderen Septumrandes erzielt wurden. Bei beiderseitiger Ansaugung der Nasenflügel sind zwei elliptische Dilatatoren nothwendig, die durch einen das Septum umfassenden Steigbügel verbunden sind.

J. Glover: Chinin gegen den nächtlichen spastischen Husten bei laryngo-trachealer Grippe.

G. giebt 0,75—1,00 Chinin. sulf. pro die mehrere Tage lang, es gelingt damit bisweilen, die quälenden Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

J. Glover: Function der Mandeln. Vasotrophische Störungen in Nase und Pharynx. Opotherapie.

Ausser den infectiösen Vorgängen beobachtet man an den Mandeln auch vasomotorische und secretorische Störungen. Es ist auch ziemlich häufig, dass man im Anschluss an die Abtragung der Rachenmandel eine Volumensabnahme der Gaumenmandeln eintreten sieht, die sogar so ausgesprochen sein kann, dass jeder Eingriff an diesen unnöthig wird. Geht man von der functionellen Coordination der Drüsen mit innerer Secretion aus, so kann man in diesen Fällen an ein compensatorisches Eintreten denken. Der Basedow'sche Symptomencomplex wurde bei adenoiden Vegetationen beschrieben und man hat diese sowie die Tonsillarhypertrophie als Zeichen von Myxödem betrachtet. Aus Analogie mit anderen Drüsen mit innerer Secretion — Schilddrüse, Hypophysis — glaubt G. schliessen zu dürfen, dass auch die zu radicale Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln Allgemeinstörungen im Gefolge haben kann.

Die Opotherapie vermindert in diesen Fällen die vasotrophischen Störungen in ausgesprochener Weise und lässt sie bisweilen völlig verschwinden, wobei gleichzeitig der Allgemeinzustand sich bessert. Durch Zusatz hoher Dosen von Phosphorsäure kann man die opotherapeutischen Dosen herabsetzen.

Tonsillenextract wurde entweder allein oder mit Thyreoidin und Hypophysisextract zusammen gegen gewisse Dystrophien der Mandeln bei Kindern von 5 bis 15 Jahren angewandt.

Mit dieser Opotherapie wurde ein ziemlich rasches Zurückgehen der Mandel-

hypertrophie durch blosse Entfernung der adenoiden Vegetationen und manchmal sogar auch ohne diesen Eingriff erzielt.

Lermoyez erinnert daran, dass die ersten opotherapeutischen Versuche bei adenoiden Vegetationen auf Hertoghe (Antwerpen) zurückgehen, der 1898 Schilddrüsenextract empfahl — übrigens ohne Erfolg.

L. glaubt nicht, dass die adenoiden Vegetationen rein mechanisch Entwicklungsstörungen bewirken, sondern dass durch sie ein Gift secernirt und resorbirt wird, das besonders auf das Nervensystem wirkt. Er nimmt einen Hyperadenoidismus an, der in Parallele zu setzen wäre mit dem Hyperthyreoidismus.

Munch: Operation des Oberkieferempyems unter regionärer Anästhesie.

M. erzielt die Anästhesie, indem er eine schwache Cocainlösung in den Stamm des N. maxillaris superior an der Schädelbasis, da, wo er aus dem Foramen rotundum in die Fossa pterygo-maxillaris tritt, injicirt. Auf diese Weise wurde die Luc-Caldwell'sche Operation völlig schmerzlos ausgeführt.

G. A. Weill: Resection der Leisten an der Scheidewand.

W. demonstrirt eine Anzahl von Instrumenten, mit denen er die Operation ausführt. Nach der Operation legt er einen Tampon aus Penghawar ein, der zwischen zwei Gazestreifen liegt; nach 48 Stunden entfernt er das Penghawar und nach 2 Tagen die Gaze. Cartaz.

---

d) Sitzungsbericht des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins.

Sitzung vom 28. November 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

Erbstein: Zur Behandlung der Schwerhörigkeit durch Fibrolysin.

Sitzung vom 12. December 1908.

Nikitin: Vorstellung eines Kranken mit Tuberculose der Epiglottis. Keine Schmerzen trotz starker Schwellung.

Hellat: Wegen der Möglichkeit einer Asphyxie wäre ein chirurgischer Eingriff geboten.

Wiltschur und Nikitin befürchten Verbreitung des Processes nach solchem.

Goldstein: Ueber die Schmerztheorie bei der Entzündung von Prof. Spiess und Bedeutung derselben bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Vortrag.)

G. weist die Annahme von Sp. zurück, es könnte eine einfache Schmerzstillung entzündungswidrig wirken.

Schmerzlose Entzündungen sind sogar gefährlicher.

Hellat erinnert an die anästhetische Lepra, welche gerade wegen der Anästhesie gefährlich wird (Mal perforant).

Sitzung vom 23. Januar 1909.

Schwanebach: Zur Behandlung der Otitis med. chron. sicca.

Sitzung vom 6. März 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

Nikitin: Vorstellung eines Falles von Rhinoscleroma. Die Nasenathmung ist vollständig aufgehoben.

N. will den Fall der Röntgentherapie unterziehen.

An der Debatte betheiligen sich Bramson, De Forestier, Litschkus.

Hellat: 1. Fall zur Diagnose. Geschwulst am Halse. Die Geschwulst reicht vom oberen Rande der Cart. thyreoidea bis zum Jugulum. Sehr hart, schmerzlos. Tracheotomie vor einem Jahr, Gastrostomia vor einem Monat. Gegenwärtig geht durch den Kehlkopf fast gar keine Luft, durch den Oesophagus absolut nicht. Lues in der Anamnese.

Das gute Allgemeinbefinden spricht mehr für Gumma, der übrige Befund für Neoplasma.

Ridnik und Nikitin neigen zur Annahme von Gumma.

2. Fall von Verwachsung des Nasenrachenraumes bis zum Rande des weichen Gaumens. Der Fall ist für Operation wenig geeignet, da absolut keine Durchgängigkeit existirt.

3. Fall von Verstümmelung der Nase (Fehlen des Sept. mobile, Verkürzung eines Nasenflügels, Einziehung des anderen). Hellat will aus dem längeren Flügel das weiche Septum machen und dann den Fall nochmal vorstellen.

4. Fall von Fehlen der Nasenöffnungen, knöcherne Verwachsung der Apertura piriformis und Reduction der Nase zur knopfförmigen Bildung (Nasenspitze) über der knöchernen Verwachsung.

Hellat will hier Decortication ausführen, Apertura piriformis wieder herstellen und eine Prothese einführen.

Meinungen in Bezug auf die vorgestellten Fälle äusserten Goldstein, Shirmunski und Nikitin.

Bramson: Seltener Fall eines Fremdkörpers der Nase, nämlich die Feder eines Regenschirms. Konnte nur operativ entfernt werden.

Nikitin: Fall von phonatorischem Spasmus laryngis.

Die Stimme schwach, zuweilen auch bei Untersuchungen völliger Verschluss. Nikitin will die Arsonval'schen Ströme in Anwendung bringen, da alle übrigen Methoden im Stich gelassen haben.

Schwanebach, Erbstein, Shirmunski machen Bemerkungen.

Sternberg: Ueber die Tuberculose der Mundhöhle. (Vortrag.)

Autor erklärt die verhältnissmässige Seltenheit der Mundracheninfection durch örtliche Immunität, die allmählich erworben wird, da der Mund und Rachen schon von Kindheit an mit tuberculösem Material in Berührung kommen.

Für seine Behauptung spricht die geringe Reaction der Mundschleimhaut auf Tuberculin, gegenüber der Schleimhaut des Auges. Wenn eine tuberculöse Affection

der Mundhöhle vorliegt, so ist das als Ausdruck einer starken Herabsetzung der Gewebsimmunität überhaupt aufzufassen.

An den sehr lebhaften Debatten betheiligten sich Iljisch, Wiltschur, Shirmunski, Litschkus, Hellat, Schwanebach, Erbstein, Bomasch, Ridnik und Nikitin. P. Hellat.

---

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Januar 1910.

Blumenthal zeigt das mikroskopische Präparat eines Papilloma durum der Nase.

Alexander stellt zwei Patienten, Mutter und Sohn, vor mit Ozaenanase; erstere ohne, letzterer mit Ozaena; er glaubt, dass dieser Fall für die Vererbungstheorie spricht.

Haike warnt vor solchen Wahrscheinlichkeitsschlüssen, zumal die sogenannte Ozaenanase auch bei nicht Ozaenösen vorkommt.

Kuttner stimmt dem zu und bestreitet die Beweiskraft des vorgestellten Falles.

Alexander: Die typische Ozaenanase giebt es nicht ohne Ozaena; sie tritt auf infolge einer Knochenerkrankung zu einer Zeit, wo der Knochen im Wachsen begriffen ist.

Alexander zeigt eine Patientin, die wegen Ozaena trachealis tracheotomirt werden musste. Dabei zeigte die Nase nichts von Ozaena, erst später, etwa nach 2 Monaten, trat sie auf.

Kuttner kann sich ein so schnelles Entstehen einer Ozaena nicht recht vorstellen, stimmt im übrigen zu, dass es eine Ozaena trachealis auch ohne gleichzeitige Nasenerkrankung giebt.

Finder zeigt das Präparat einer Laryngitis phlegmonosa. An Stelle des rechten Aryknorpels sieht man eine haselnussgrosse Abscesshöhle, die eine Durchbruchsstelle über dem Proc. vocal. in den Larynx und nach oben in den Sin. piriform. Nach hinten setzt sie sich in eine grosse, schmierig belegte Höhle fort, die sich zwischen Oesophagus und Trachea ein gut Theil nach unten bis in das Mediastinum erstreckt.

Finder zeigt einen Knochen, den ein Kind in den rechten Bronchus aspirirt hatte. Er konnte ihn sichten, aber da er sich in der Wand eingespiesst hatte, nicht entfernen. Dieser Fall hat ihm wieder gezeigt, dass man bei kleinen Kindern immer gleich die Tracheotomie und Bronchoscopia inf. machen soll.

E. Meyer stimmt dem zu, weil die Technik leichter, der Fremdkörper leichter localisirt ist, man Zeit spart und öfter wegen Larynxödem später doch zur Tracheotomie gezwungen ist.

Halle zeigt noch einmal den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von operirtem Stirnhöhlenempyem; man sieht die Canüle in der Höhle, die leicht zu übersehen ist.

Max Senator hält das Hineingelangen in die Stirnhöhle bei dieser Methode immer für einen Zufall.

Halle: Alle Patienten, deren Stirnhöhle sondirbar ist, sind sicher und gefahrlos nach seiner Methode zu operiren.

Halle zeigt zwei Kinder, die er wegen Septumdeviation mit peroraler Narkose operirt hat.

E. Meyer zeigt einen Apparat zur Befestigung des Kopfes einer Leiche bei Operationsübungen.

Sitzung vom 25. Februar 1910.

Discussion über den Gräffner'schen Vortrag: Beobachtungen am Rachen, Gaumen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.

Grabower, Kuttner, Gutzmann. Letzterer macht darauf aufmerksam, dass man neben der laryngoskopischen Untersuchung nie die functionelle Prüfung der Stimme vernachlässigen dürfe, die bei anscheinend normalem Kehlkopfbefunde noch mancherlei Störungen nachweisen lasse.

Gutzmann zeigt den Martens'schen Apparat, der die Klangwellen, welche die menschliche Stimme erzeugt, analysirt und demonstrirt die Verschiedenheit der Klangcurven desselben Tones, der von verschiedenen Menschen gesungen wird.

Katzenstein hebt die Brauchbarkeit des Apparates hervor, den er vereinfacht hat.

Finder zeigt das Harold Hays'sche „elektrische Pharyngoskop", das er für ein werthvolles Unterrichtsmittel hält. Man sieht mit ihm grobe anatomische Veränderungen (Geschwülste, Infiltrationen, Bewegungsbeschränkungen) aber nicht feine Farbennüancen, oberflächliche Geschwüre usw. Sein Vortheil besteht darin, dass man es lange Zeit im Munde halten lassen und das laryngoskopische Bild einem grösseren Zuschauerkreise demonstriren und bei bettlägerigen und Patienten mit Kieferklemmn anwenden kann.

Das postrhinoskopische Bild ist sehr schön, aber man sieht nicht den unteren Theil der Choanen und die unteren Muscheln.

P. Heymann zeigt 1. einen Fall von Perichondritis cricoidea, der wahrscheinlich nach Verschlucken resp. Aspiration eines Argentumstiftes entstanden ist. — Infiltration der rechten aryepiglottischen Falte, Eversion des ganzen Inhalts des Ventrikels nach innen und Unbeweglichkeit des rechten Aryknorpels, 2. einen modificirten Reichert'schen Haken, um die Zungentonsille aus dem Wege zu räumen, die bei einer endolaryngealen Operation störend wirkt.

Ritter demonstrirt zwei Patienten mit Folgezuständen nach vorangegangener Tracheotomie.

Der erste ist zwölfmal operirt worden, die Trachealringe sind gespalten und der Luftröhrenquerschnitt unterhalb des Ringknorpels ist dreieckig. In Rückenlage sinkt die Trachea zusammen und erzeugt Athemnoth. R. will nach Art des Schimmelbusch'schen Verfahrens einen Periosttracheallappen implantiren.

Bei dem zweiten Patienten ist nach einer Tracheotomie eine Fistel geblieben und oberhalb derselben eine vollständige narbige Verwachsung im ganzen Bereiche des Ringknorpels. Durch Ausschneiden der Narbe und Bougirung usw. ist eine Besserung erzielt worden.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Siebzehnte Versammlung zu Dresden Mittwoch und Donnerstag, 11. bis 12. Mai 1910.

Das definitive Programm lautet:

Mittwoch, den 11. Mai 1910:

Von 4—5 Uhr: Herr Mann: Demonstrationen im städtischen Krankenhaus Friedrichstadt, Friedrichstrasse 41.

Von 5—6 Uhr: Herr Richard Hoffmann: Demonstrationen im städtischen Krankenhaus Johannstadt, Fürstenstrasse 74.

Um $6^1/_2$ Uhr (nach Schluss der Demonstrationen): Vorstandssitzung im Conferenzzimmer des Johannstädtischen Krankenhauses.

Von 8 Uhr Abends ab: Begrüssung im Belvedère (kleiner Saal).

Donnerstag, den 12. Mai, Tagung im Künstlerhause, Grunaerstrasse.

Um 8 Uhr Vormittags: I. Eröffnung durch den Vorsitzenden.
II. Wissenschaftliche Verhandlungen.
III. Geschäftssitzung.

Um $1^1/_2$ Uhr Nachmittags: Geschäftssitzung, dann Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen.

Tagesordnung der Geschäftssitzung:

1. Vereinsangelegenheiten.
2. Herr B. Fränkel (Berlin): Antrag auf Verleihung des Laryngologen-Preises aus der Bernhard Fränkel-Stiftung.
3. Herr A. Barth (Leipzig) stellt folgenden Antrag:
   „Der Verein Deutscher Laryngologen tritt mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft in Unterhandlungen zum Zweck einer Verschmelzung beider Gesellschaften“.
4. Wahlen (§ 3 der Satzungen).
5. Bestimmung des Ortes und der Zeit der nächsten Tagung (§ 1 der Satzungen).

Um 5 Uhr: Festessen mit Damen im Belvedère. Nachher geselliges Zusammensein, zugleich Begrüssungsabend der deutschen otologischen Gesellschaft.

Angemeldete Vorträge:

1. Herr Seifert (Würzburg): Beiträge zur Amputation der Epiglottis.
2. Herr Jurasz (Lemberg): Beiträge zur Pathologie und Therapie des Skleroms.
3. Herr Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.
4. Herr Winckler (Bremen): a) Schnittführung bei der submucösen Fensterresection. b) Klinische Beiträge zur Tonsillarfrage.
5. Herr Nadoleczny (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.
6. Herr Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
7. Herr Hegener (Heidelberg): Ein binoculares stereoskopisches Kehlkopf-Fernrohr.
8. Herr Siebenmann (Basel): Thema vorbehalten.
9. Herr Polyák (Budapest): Ueber Principien der intranasalen Chirurgie. (Gleichzeitig bilaterale Operationen, Anästhesie, Asepsis, Nachbehandlung etc.)
10. Herr A. Kuttner (Berlin): Demonstration einer neuen Kehlkopfzange.
11. Herr Max Senator (Berlin): Zur Behandlung der Aphonia hysterica.

12. Herr Hansberg (Dortmund): a) Bronchoskopie bei Säuglingen. b) Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome in der Fossa spheno-palatina.
13. Herr Manasse (Strassburg): Ueber Mucocele und Exostosen der Stirnhöhle. (Mit Demonstrationen.)
14. Herr Hugo Stern (Wien): Die Bedeutung des sogenannten „primären Tones“ für die Stimmbildung.
15. Herr Edmund Meyer (Berlin): Tuberculinbehandlung bei Kehlkopftuberculose.
16. Herr Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.
17. Herr Killian (Freiburg): Kleinere Mittheilungen.
18. Herr Salzburg (Dresden): Krankenvorstellung.
19. Herr Joël (Görbersdorf): Erfahrungen bei Behandlung der Larynxtuberculose.
20. Herr Kretschmann (Magdeburg): Ist das Salpingoskop eine Bereicherung des diagnostischen Instrumentariums?
21. Herr A. von Gyergyai (Klausenburg): a) Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens und der hinteren Nasenpartien. b) Eine durch den Nasenrachen gehende Operationsmethode der Keilbeinhöhle.
22. Herr Möller (Hamburg): Atmocausis bei Ozaena.
23. Herr Brünings (Jena): a) Ueber eine neue röntgenographische Darstellungsmethode der Nebenhöhlen und des Felsenbeines. b) Ueber neue diagnostische Hülfsmittel und Methoden.

Nachträglich gemeldet:

Herr Oskar Hirsch (Wien): Ueber endonasale Operation von Hypophysis-Tumoren.

XII. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Washington, 3. bis 5. Mai 1910.

Für die unter dem Vorsitz von James E. Logan (Kansas City) stattfindende Versammlung sind folgende Vorträge angemeldet:

I. The nasal phenomena of neurastenia. Charles P. Grayson, M. D.
II. A comparative study of some points in the anatomy in man and the anthropoid apes with their physiological significance; exhibition of gross and microscopical specimens. J. Gordon Wilson, M. D.
III. Exhibition of anatomical preparations demonstrating communications between the blood vessels supplying in the dura, the orbit and the nasal cavities. George E. Shambaugh, M. D.
IV. The manifestations of recurrent influenza in the nose and throat. Joseph L. Goodale, M. D.
V. Carbamidum, an efficient local anesthetic. E. Fletcher Ingals, M. D.
VI. The syndrome of the sphenopalatine ganglion. Greenfield Sluder, M. D.
VII. The influence of the use of the automobile upon the upper air passages. D. Bryson Delavan, M. D.
VIII. Personal experience in the intranasal treatment of accessory sinus disease with reports of cases. George L. Richards, M. D.
IX. Case reports, illustrating ocular affections due to intranasal and accessory sinus disease. Lewis A. Coffin, M. D.
X. Differential diagnosis of dentigerous cysts of maxillary antrum.
XI. Intranasal route for growths of the hypophysis without external incision, with report of a case of intranasal decompression. Norval H. Pierce, M. D.
XII. Transplantation of a rib cartilage into the nose in a case of nasal deformity. D. Crosby Greene jr., M. D.
XIII. Syphilitic stenosis of the oro-pharynx. John M. Ingersoll, M. D.
XIV. Report of three cases of lympho-sarcoma of the naso-pharynx and tonsils with results of operative and medicinal treatment. Clement F. Theisen, M. D.
XV. Observations on the cavity of growths present in wounds following operations on the faucial tonsils. Alexander W. Mac Coy, M. D.

XVI. Joint session with the climatological and otological societies. General topic for discussion, „Vaccine therapy". The Climatological Society will be represented by Drs. J. A. Miller and H. M. King; the Otological Society by Drs. H. C. Reik and B. A. Randall and the Laryngological Association by Drs. H. S. Birkett, C. G. Coakley and F. C. Cobb.
XVII. Esophageal diverticula with report of a case. Emil Mayer, M. D.
XVIII. The cutting in two of a large steel pin while transfixed in the left bronchus and its removal by lower bronchoscopy; exhibition of a bronchoscopic pin-cutter devised to meet the emergency. William E. Casselberry, M. D.
XIX. Removal of malignant growth of the larynx with specimen and presentation of the patient. Charles W. Richardson, M. D.
XX. A case of laryngeal syphilis with a description of the difficulties of differential diagnosis. Harmon Smith, M. D.
XXI. Report of fatal case of asphyxia due to pressure on the trachea and bronchi by a tuberculous mediastinal gland. Cornelius G. Coakley, M. D.
XXII. Report of a case of papilloma of the larynx. Francis R. Packard, M. D.
XXIII. Black tongue-lingua nigra villosa. Charles H. Knight, M. D.

III. Japanischer Medicinischer Congress.

Der III. Japanische Medicinische Congress tagte vom 1. bis 4. April in Osaka. Die XI. Section für Otologie und Laryngologie tagte zwei Tage; am ersten Tage die otologische, am zweiten die rhino-laryngologische Abtheilung. Es waren über 80 Vorträge für beide Abtheilungen angemeldet. Vorsitzender war Prof. Okada. Als Ort für die nächste Versammlung wurde Tokio gewählt, als Thema für Referate wurde „adenoide Vegetationen" bestimmt.

Es giebt zur Zeit in Japan ca. 600 Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Felix Semon in Japan.

Wie uns unser verehrter Mitarbeiter, Herr Prof. Ino Kubo, mittheilt, ist Sir Felix Semon bei seinem Aufenthalt in Japan Gegenstand zahlreicher Ehrungen von Seiten der japanischen Aerzte geworden. Er nahm auch an dem III. Japanischen Medicinischen Congress theil und hielt daselbst auf eine Aufforderung des Präsidenten, Prof. Aoyama, und in Gegenwart eines Kaiserlichen Prinzen einen improvisirten Vortrag: „Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses." Am nächsten Tage erschien Sir Felix Semon in der Section für Laryngologie und Otologie und hielt daselbst einen — gleichfalls improvisirten — Vortrag über „Pneumokokkeninvasion des Halses". Am Abend gab ihm die Section ein Festdiner in einem Theehause.

Ueber Hyperkeratose des Kehlkopfes und deren Bedeutung.

In dem Text meines Vortrages, welchen ich unter obigem Titel in der XV. Section des XVI. Internationalen medicinischen Congresses gehalten habe, hat sich ein sinnstörender Fehler eingeschlichen, den ich hiermit rectificire, da ich den Text selbst zu corrigiren nicht mehr in der Lage bin, und den Artikel anderweitig nicht publicire. Im Bande II der Verhandlungen, Seite 444, Zeile 13 von unten, soll es nämlich statt „wir haben es demnach nicht mit einer Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut zu thun" heissen „wir haben es demnach nicht mit einer einfachen Keratose, sondern mit einer Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut zu thun".

Dr. Hugo Zwillinger (Budapest).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Juni. 1910. No. 6.

I. Ein Besuch in einer Japanischen Laryngologenversammlung.

Von
Felix Semon.

Der Zufall wollte es, dass meine Gattin und ich bei einer Reise um die Welt in Japan wenige Tage vor dem Zusammentreten des dritten Japanischen Medicinischen Congresses eintrafen.

Als unser Dampfer in den Hafen von Nagasaki einlief, kam der liebenswürdige japanische Mitarbeiter des Centralblattes, Prof. Ino Kubo (Fukuoka), mit seiner charmanten Gattin an Bord, begrüsste uns im Namen der japanischen Aerzte und überreichte uns einen Brief des Präsidenten des Congresses, Prof. Oayama, in welchem derselbe uns einlud, die Gäste des Congresses während seiner Zusammenkunft zu sein, und mich ersuchte, in der ersten allgemeinen Sitzung des Congresses einen Vortrag zu halten. Prof. Kubo sprach gleichzeitig den Wunsch aus, dass ich auch in einer Sitzung der oto-laryngologischen Section des Congresses einen Vortrag halten möge.

Obwohl „procul negotiis", konnte ich mich, angesichts der überaus gütigen Gesinnung, welche mir die japanischen Collegen bei Gelegenheit meines Rücktritts im vorigen Jahre erwiesen hatten, diesen Wünschen nicht verschliessen und sagte zu.

Ueber meinen Vortrag in der allgemeinen Sitzung will ich nur erwähnen, dass ich zu seinem Gegenstande die Diagnose und Operation des Kehlkopfkrebses wählte, weil ich von Prof. Kubo und anderen japanischen Specialcollegen hörte, dass auch hier wie anderswo die Leidenden unglücklicherweise den Laryngologen gewöhnlich erst zu einer Zeit zugeführt werden, wo ihnen die Wohlthat weniger eingreifender Operationen nicht mehr zu Theil werden kann, und weil ich hoffte, durch Darstellung der einschlägigen Verhältnisse die practischen Aerzte Japans dazu anzuregen, den Frühsymptomen des Larynxcarcinoms mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als dies anscheinend bisher geschehen ist.

Dagegen dürfte es die Leser dieses Blattes interessiren zu hören, wie es in der Sitzung einer japanischen laryngologischen Section hergeht.

Um gleich das einzige, nach europäischen Begriffen Fremdartige vorwegzunehmen, will ich erwähnen, dass die Congresstheilnehmer beim Betreten des grossen Krankenhauses zu Osaka, in welchem die Sectionssitzungen abgehalten wurden, ihre Stiefel auszuziehen und entweder in Strümpfen oder mit reinen weichen Morgenschuhen bekleidet, das Sectionslocal aufzusuchen hatten.

Diese Sitte wird ohne weiteres verständlich, wenn man erwägt, dass die Japaner in ihren Häusern keine Stühle und Sophas benützen, dass die schön geflochtenen Strohmatten, mit denen die Zimmerböden belegt sind, gleichzeitig zum Sitzen dienen, und dass es daher ebenso unpassend wäre, diese Matten mit schmutzigen Stiefeln zu betreten, wie in Europa mit solchen auf Stühle oder Sophas zu steigen! —

Im Sitzungszimmer gab es freilich Stühle und Tische nach europäischer Art, die Beibehaltung der japanischen Sitte aber bewahrte das Krankenhaus vor Verunreinigung durch 3—4000 Paare schmutziger Stiefel, — ich sage „schmutziger" Stiefel, da es am Tage meines Besuches heftig regnete und die Strassen in nichts weniger als idealem Zustande waren. —

Abgesehen aber von der Fussbekleidung und von dem Umstande, dass von den 70—80 Besuchern der Sitzung (im Ganzen giebt es in Japan etwa 400 Oto-Laryngologen) noch etwa der zehnte Theil die altjapanische Nationalkleidung, den Kimono, trug, war nichts in der Erscheinung der Theilnehmenden, in der Einrichtung des Sitzungszimmers, im Ganzen der Verhandlungen zu bemerken, das den Besucher etwa stetig daran erinnert hätte, dass er sich im fernen Ostasien befand. Alles war nach europäischem Muster zugeschnitten.

Der Präsident (Prof. Okada, Tokyo) sass zur Seite der Rednertribüne an einem eigenen Präsidententische, ihm nahe zwei Secretäre, deren einem das Amt zufiel, den Vortragenden nach etwa 8 Minuten durch ein Glockenzeichen daran zu erinnern, dass ihm nach den Satzungen nur noch 2 Minuten zur Verfügung ständen, und ihm durch ein weiteres Glockenzeichen bei Ablauf der 10 Minuten das Signal zum Abschlusse seines Vortrages zu geben, während den Rednern in der Discussion nach den ihnen statutengemäss zustehenden 5 Minuten durch ein einmaliges Glockenzeichen einfach das Wort abgeschnitten wurde.

Diese drakonische Strenge, welcher sich die japanischen Collegen mit musterhafter Disciplin und ohne die in europäischen Versammlungen so häufige Bitte um Verlängerung ihrer Zeit, resp. die bei uns durchaus nicht unerhörte einfache Vernachlässigung des Signals fügten, war durch die Ueberfülle der angemeldeten Vorträge durchaus geboten. Bei nur zweitägiger Dauer der Sectionssitzungen standen in unserer Section am ersten Tage 41 otologische, am zweiten Tage 42 rhino-laryngologische Vorträge zur Verhandlung, abgesehen von der Eröffnungsrede und dem Schlusswort des Präsidenten, und obgleich die Versammlung an beiden Tagen mit nur kurzer Mittagsunterbrechung von 9 Uhr Morgens bis 6 resp. 7 Uhr Abends tagte (!), so war es doch nicht möglich, wie ich später erfuhr, das gesammte Material zu erledigen. —

Die Verhandlungen vollzogen sich in würdigster parlamentarischer Form. Ich habe nie so andauernd gespannte Aufmerksamkeit, solche Stille bei ähnlichen europäischen Veranlassungen gesehen, wie hier in Japan. Von dem ewigen Hinein- und Hinauslaufen, von den zahlreichen mehr oder minder laut geführten Privatunterhaltungen, die bei uns so oft störend wirken, war hier nicht die Rede.

Der Vortragende wurde aufgerufen, betrat die Rednertribüne, hielt — meistentheils frei — seinen Vortrag, der in vielen Fällen durch Präparate, schematische grosse Zeichnungen, die hinter der Rednertribüne an einer schwarzen Tafel aufgehängt wurden, und — soweit ich sah — vorzügliche mikroskopische Schnitte unter einer grossen Reihe von ausgezeichneten Mikroskopen erläutert wurde, und verliess beim zweiten Glockenzeichen die Tribüne.

Die Discussion wurde, soweit ich entnehmen konnte, in durchaus urbaner und sachlicher Weise geführt, ermangelte aber offenbar, wie aus der Heiterkeit der Versammlung hervorging, durchaus nicht gelegentlicher humoristischer Spitzen.

Ich selbst wurde von Prof. Okada in einer äusserst freundlichen deutschen Rede der Versammlung vorgestellt, die sich zum Schlusse zum Zeichen der Ehrung von ihren Sitzen erhob, und sprach (auf Wunsch) über die Peumokokkeninvasion des Halses. Nach Schluss meines Vortrages erfolgte eine Discussion, theilweise in deutscher Sprache, an der sich der Präsident (Prof. Okada), Prof. Watsuji (Kyoto) und Prof. Ino Kubo betheiligten und von mehreren, anscheinend thatsächlich hierher gehörigen Fällen dieser noch so unbekannten Affection berichteten.

Wie reich das wissenschaftliche Leben unserer japanischen Specialcollegen ist, dafür kann ich kein besseres Zeugniss ablegen, als durch das Citat nur einiger Titel der bei dieser Gelegenheit gehaltenen laryngologischen Vorträge, — die, beiläufig, sehr practisch nach ihrer sachlichen Zusammengehörigkeit gruppenweise abgehalten wurden:

„Ueber die Saugtherapie bei Nasenkrankheiten."

„Ueber Kopf- und Gesichtsausschläge bei Nasenkrankheiten."

„Beziehungen zwischen Mittelohrentzündung und Kieferhöhleneiterung."

„Ueber Operationsmethoden des Empyems der Highmorshöhle." (Eine ganze Reihe von Vorträgen.)

„Ueber Entstehung der Choanalpolypen in der Highmorshöhle."

„Degenerationsvorgänge des Waldeyer'schen Ringes."

„Ueber Halsbefunde bei japanischen Sängern."

„Ueber Leukämie des Kehlkopfes."

„Pathologische Veränderungen der Kehlkopfmuskeln bei Vaguslähmung durch Schilddrüsentumor."

„Formzustand der Glottis bei Durchschneidung des Vagus und der Kehlkopfnerven."

„Ueber die Kehlkopftonsille."

„Experimentelle Pathologie des Heilprocesses der Trachealwunden."

„Fremdkörper im Bronchus und experimentelle Pathologie der acuten Lungenschrumpfung hierbei."

„Tracheoskopische und ösophagoskopische Erfahrungen."

„Pathologie der Elephantiasis der äusseren Nase und des Rhinophyms."

Das sind, fürwahr, Fragen, welche zeigen, wie sehr unsere japanischen Specialcollegen die moderne Laryngologie beherrschen.

Mit der Section war eine Specialausstellung oto-rhino-laryngologischer Instrumente, Apparate, pharmaceutischer Producte, literarischer Erzeugnisse etc. verbunden, ganz der Art, wie sie bei europäischen Congressen üblich ist. Ich sah nichts besonders Neues, auch zeichneten sich die Instrumente, welche ich genauer inspicirte, nicht durch hervorragende Feinheit aus, dagegen waren sie viel billiger als die gleichen europäischen. So kostete ein Mackenzie'sches Tonsillotom, für welches man in London, wenn ich nicht irre, 18 shillings (= 18 Mark) zu bezahlen hat, hier nur 8 shillings.

Ich verliess die Versammlung mit dem Gefühl ehrlicher Bewunderung für dieses Volk, welches sich nicht nur in militärischer und administrativer, sondern auch in wissenschaftlicher Beziehung innerhalb von kurzen 50 Jahren so vollständig zur Höhe europäischer Cultur aufgeschwungen hat, und unter dem tiefen Eindruck, dass unsere Specialität weit mehr mit den Leistungen unserer japanischen Collegen zu rechnen haben wird, als dies bisher der Fall gewesen ist.

Freilich werden auch die letzteren sich mehr als bisher bemühen müssen, ihre Leistungen den Laryngologen Europas und Amerikas bekannt zu machen! — Ich habe mein Möglichstes gethan, dies den japanischen Collegen auseinanderzusetzen! —

Am Abend unseres Besuchstages gaben die Laryngologen Osakas meiner Frau und mir ein Fest nach japanischer Sitte in einem Theehaus. Hier stiessen nun alte und neue Cultur in hochinteressanter Weise aufeinander! — Es war eine für den Europäer neue Erfahrung, eine Anzahl europäisch gekleideter, theilweise bebrillter Herren in Strümpfen, nach japanischer Sitte knieend, Nationalgerichte mit „chopsticks" — in deren Benutzung ich mich vergeblich versuchte — zu sich nehmen zu sehen, während charmante Geishas Musik machten und tanzten! Aber das Gefühl der wissenschaftlichen und auch der menschlichen Zusammengehörigkeit war doch in freundlichster Weise vorhanden. Wir hielten die allerschönsten japanischen und deutschen Reden, tranken auf unser gegenseitiges Wohl in „Sakke", einem japanischen Nationalgetränk, das, wie ich leider berichten muss, 15 pCt. Alkohol enthält, und in Champagner, und wurden schliesslich von der ganzen Gesellschaft — Laryngologen und Geishas — bis an die Thüre des Theehauses begleitet und mit einem brausenden „Banzai!" entlassen. —

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **John Sendziak. Fortschritte der Laryngologie und Rhinologie seit Erfindung des Kehlkopfspiegels mit besonderer Bezugnahme auf den Antheil Amerikas an diesen Fortschritten. (Progress of Laryngology and Rhinology since the invention of the Laryngoscope with special reference to the participation of Amerika in this progress.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Eine kurze Abhandlung, in der gezeigt wird, welchen Antheil Amerika in den letzten 25 Jahren an der Entwickelung der Rhino-Laryngologie gehabt hat.

EMIL MAYER.

2) **J. P. Crozer Griffith. Der sogenannte Thymustod. (The so called thymus death.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über das Vorkommen von 7 plötzlichen Todesfällen in einer Familie. Es waren 8 Kinder, von denen 7 im Alter von 1 Monat bis 8 Jahren starben; in einem Fall ging eine leichte Bronchitis vorher; in den anderen entwickelte sich sehr schnell Cyanose und Dyspnoe, die einige Stunden oder einen Tag lang anhielt, ohne dass dabei aber Stenosenerscheinungen vorhanden waren. Nur bei einem Kind wurde die Autopsie gemacht und dabei eine vergrösserte Thymus gefunden; daraus schliesst Verf. auf die Möglichkeit, dass es sich auch in den anderen Fällen um dasselbe gehandelt haben könne.

EMIL MAYER.

3) **D'Ollnitz** und **Prat** (Nizza). **Erstickung infolge Thymushypertrophie. Operation. Heilung. (Suffocation par hypertrophie du thymus. Opération; guérison.)** *Société de Pédiatrie. 19. October 1909.*

Das Kind röchelte seit der Geburt ununterbrochen; als es 7 Monate alt war, nahm der Stridor zu und es traten Anfälle von drohender Erstickung ein. Stridor und Dyspnoe verschwanden, wenn man mit der Kuppe des Zeigefinger hinter das Sternum drückte.

GONTIER de la ROCHE.

4) **Wme. Kirk. Thymustod. (Thymus death.)** *Albany Medical Annals. November 1909.*

Zwei Fälle; männliche Kinder von 18 und 6 Monaten betreffend, die todt im Bett gefunden wurden. Die Autopsie ergab in beiden Fällen eine Vergrösserung der Thymusdrüse.

LEFFERTS.

5) **Weil** (Lyon). **Hypertrophie der Thymus; Operation; Heilung. (Hypertrophie du thymus; opération; guérison.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Verf. meint, man könne die Diagnose auf Thymushypertrophie dann stellen, wenn man bei einem Anfall von Spasmus eine Geschwulst während der Exspiration über dem Sternum hervorspringen sieht.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Rob. Neuenborn** (Crefeld). **Die directe Untersuchungsmethode des Larynx und Oesophagus in der Praxis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 363. 1909.*

Mittheilungen von 6 Fremdkörperfällen in Rachen und Speiseröhre. Empfehlung der Oesophagoskopie. Zwei Röntgenbilder.

OPPIKOFER.

7) **L. Hirschland** (Wiesbaden). **Zwei casuistische Beiträge für die Wichtigkeit der directen Rohruntersuchungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 371. 1909.*

Bei dem ersten Falle beobachtete H. bei einem 3jährigen Knaben den Durchbruch einer erweichten Bronchialdrüse in den rechten Bronchus.

In dem zweiten Falle (2jähriges Mädchen) handelte es sich um eine Laugenverätzung der Speiseröhre mit nachfolgender Phlegmone und wahrscheinlich auch um einen Durchbruch in die Trachea. Bei der Oesophagoskopie wurden zwei Stricturen vorgefunden. Es wurde eine Magenfistel angelegt und die Speiseröhre bougirt. Bedeutende Besserung.

OPPIKOFER.

8) **Kahler** (Wien). **Klinische Beiträge zur Oesophagoskopie und Tracheo-Bronchoskopie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42—52 incl. 1909.*

Die als Monographie erschienene umfangreiche Arbeit legt die Erfahrungen nieder, die mit obigen Untersuchungsmethoden an der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien (Hofrath Chiari) gemacht wurden. Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Entwickelung der Oesophagoskopie, deren Wiege in Oesterreich, und der Bronchoskopie, deren Wiege in Deutschland steht, werden die gebräuchlichsten Beleuchtungsapparate und das Instrumentarium besprochen. Bei dieser Gelegenheit werden wir mit der Kahler'schen höchst zweckmässigen Modification des Leiter'schen Panelektroskopes bekannt gemacht. Zur Verwendung kam ausschliesslich das neue Brünings'sche Instrumentarium, das sich in jedem Falle vollauf bewährte. Der Autor legt besonderen Werth auf die Einführung des Instrumentes unter Leitung des Auges, sowie auf ein besonders stumpfrandiges Rohr, welches nach Cocainisirung des Patienten in sitzender Stellung eingeführt wird. Allgemeine Narkose ist nur bei kleinen Kindern in Anwendung gekommen, zweckmässig erwiesen sich öfters Morphiuminjectionen ante operationem. Vor der Endoskopie wird principiell nicht sondirt. Es folgt nun die Mittheilung von üblen Zufällen und den Contraindicationen der Endoskopie (vor allem hohes Alter). Von ca. 800 Oesophagoskopien wurde in 10 Fällen die Untersuchung vorzeitig abgebrochen und in einem Falle kam es infolge des Eingriffes zum Exitus des Patienten. Ausführliche Besprechung erfährt weiter das Verhalten der Cardia, worüber uns der Autor einige werthvolle Daten liefert. Bei der Beschreibung der einzelnen Fälle wird auch die Radioskopie entsprechend gewürdigt, dabei aber auch betont, dass diese Methode in mehreren Fällen von Fremdkörpern versagte, ja sogar irreführte, namentlich bei den nicht seltenen Verkalkungsherden in der Schilddrüse. Die ebenso fleissige als gedankenreiche Arbeit zeigt uns so recht den Werth der directen Untersuchungsmethoden, die jetzt schon ebenso unentbehrlich zu werden versprechen, wie die indirekte Laryngoskopie.

HANSZEL.

9) **Alejandro del Rio. Fünfzehn Fremdkörperfälle der Luftwege und fünf der Speiseröhre mittels Tracheo-Broncho-Oesophagoskopie entfernt. (Quince casos de cuerpos extranos de las vias respiratorias y cinco del esófago, extraidos per Traqueo-bronquio-esofagocopia.)** *Mittheilung auf dem Panamerikanischen wissenschaftlichen Congress in Santiago 1909.*

Die Fremdkörper der Athemwege waren: 6 Nadeln mit Glaskopf; eine Lapisstifthülse; 7 Melonenkörner. Von den erstgenannten Fällen verlief einer tödtlich.

Bei den Speiseröhrenfällen, die alle günstig verliefen, handelte es sich dreimal um Münzen, zweimal um Knochenstücke. FINDER.

10) **Albrecht. Letal verlaufene Fremdkörperfälle in den Respirationswegen.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. December 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1909.*

Demonstration von drei Präparaten, darstellend die Halsorgane von Kindern mit Fremdkörpern im Oesophagus und im linken Hauptbronchus, sowie der Hals- und Brustorgane eines Kindes mit einem hinter der Cartilago cricoidea eingeklemmten Zweihellerstück. Im ersten Falle Tod durch Mediastinitis und Pericarditis, im zweiten durch Totalgangrän der linken Lunge, im dritten infolge Durchbruches eines retroösopharyngealen Abscesses mit rechtsseitigem Pneumothorax. CHIARI.

11) **P. Sebileau** und **F. Lemaitre. Der augenblickliche Stand der Broncho-Oesophagoskopie. (État actuel de la broncho-oesophagoscopie.)** *Presse Médicale. No. 5. 1910.*

Ein für den allgemeinen Practiker bestimmter Artikel, in dem der Specialist nur Bekanntes finden wird. Bekannt werden ihm auch die Abbildungen sein und namentlich die Figur Brünings' mit seinem weissen Operationsmantel. Wohl geht der Beschreibung der Technik ein historischer Abschnitt vorher, in dem der Name Killian's erwähnt wird, doch die ganze Broncho-Oesophagoskopie ist nach der Auffassung der beiden Autoren in ihrem gegenwärtigen Stande ein Werk Brünings. Allerdings können die französischen Leser nicht errathen, dass der Mann, der so gelassen das ruhig dasitzende Mädchen bronchoskopirt, auch Brünings ist. Uebrigens ist die Gegendruck-Autoskopie und die diesbezügliche Verbesserung des Bronchoskops nicht erwähnt. Was die Indication der Broncho-Oesophagoskopie anlangt, so sind nach beiden Autoren gewisse Einschränkungen für deren Anwendung auch bei Fremdkörpern angezeigt. Was endlich die Frage anlangt, in wessen specielles Gebiet die Broncho-Oesophagoskopie gehört, so glauben die Autoren, dass der Internist, der Chirurg und der Laryngologe in gleichem Maasse diese neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode anwenden müssen. LAUTMANN.

12) **Schoenemann. Die Anwendung kalter Inhalationen bei Krankheiten der oberen Luftwege. (L'application des inhalations froides contre les maladies des voies respiratoires supérieures.)** *Archives Internat. de laryngol. T. XXIX. No. 2. 1910.*

Empfehlung der Einathmung kalten Dampfes, wie sie zu Heustrich (Schweiz) gepflegt wird, wo Sch. practicirt. Die vom Verf. angewandten Inhalationen

sollen auf die Rhinopharyngitis günstiger einwirken, als die allbekannten überall üblichen Inhalationen. LAUTMANN.

13) **Max Senator** (Berlin). **Haben sich in der Rhino-Laryngologie die Ersatzmittel des Cocains bewährt?** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1910.*

Obige Frage beantwortet S. mit nein; weder Eucain, noch Alypin, noch Novocain zeitigen eine dem Cocain gleichwerthige Anästhesie und müssen daher vor dem Cocain zurücktreten. Die Giftwirkung des Cocains ist in der bei uns üblichen Anwendungsweise nur gering und etwa — ausserdem nur selten — auftretende Intoxicationserscheinungen haben noch niemals zu irgend welchen bedenklichen Folgeerscheinungen geführt. Bleiben wir also dem Cocain treu, bis man uns ein wirklich vollkommenes Ersatzmittel bietet! HECHT.

14) **G. Burton Cleland. Camphor-Carbolsäure, ein directes antiseptisches Mittel zur Application auf geschwürige Oberflächen. (Camphor-carbolic acid as a direct antiseptic application for ulcerated surfaces.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1910.*

Eine Mischung von reiner Carbolsäure mit Camphor zu gleichen Theilen auf kleine Geschwüre im Munde applicirt, bringt diese Geschwüre schnell zur Heilung. Eine Gewebszerstörung findet nicht statt. Ausser einem leichten Brennen unmittelbar nach der Application sind keine Unannehmlichkeiten zu verzeichnen.

J. A. BRADY.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **H. Binswanger** (Augsburg). **Ein Fall von angeborener einseitiger Choanalatresie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur bezüglich pathologischer Anatomie, Symptomatologie und Therapie berichtet Autor über einen Fall von einseitiger knöcherner Choanalatresie, den er in Narkose in der Weise operirte, dass er mittels Meissel und Hammer die knöcherne Verschlussplatte durchbrach und die gesetzte Oeffnung nach allen Richtungen möglichst erweiterte, gleichzeitig „perforirte er die knöcherne Nasenscheidewand möglichst weit hinten“ im Durchmesser von etwa 1 cm, um sicher eine Dauerötfnung für die linke Nase zu erhalten. Letztere blieb bestehen, während der Choanalverschluss nach 2 Monaten sich wieder vollkommen regenerirt hatte. Das nach der Operation wiedergekehrte Geruchsvermögen der betreffenden Seite blieb, ebenso wie die Schneuzmöglichkeit erhalten. HECHT.

16) **Trumpp** (München). **Notiz zur Behandlung der Rhinitis acuta.** *Münchener med. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Tr. empfiehlt zur Behandlung des frischen Schnupfens, insbesondere der Säuglinge und überhaupt im Kindesalter, die Bolustherapie. Er lässt anfänglich „3—4mal in viertelstündlichen, später in einstündigen Pausen“ vermittels des von ihm angegebenen Pulverbläsers (Glasolive mit Schaufel und Ventilgummiballon [erhältlich bei Katsch-München für 2 M.]) grosse Mengen des sterilisirten und

möglichst trocken aufbewahrten Thones (Bolus alba) in die Nase einblasen; „am zweiten Tage genügt meist schon eine 2—3stündliche Application". Mit dieser Therapie lassen sich alle lästigen Symptome des acuten Schnupfens bedeutend einschränken; des Oefteren gelingt es auch, ihn noch zu coupiren. Die gleiche Methode empfiehlt Autor zur Unterstützung der Serumtherapie bei Nasendiphtherie, sowie bei Ozaena — Autor will in einem Falle von „Ozaena" in wenigen Tagen eine bis jetzt (2 Monate) andauernde „Heilung" erzielt haben — und empfiehlt die Bolustherapie auch zum Versuche bei Heuschnupfen. HECHT.

17) **May** (Zielenzig). **Die Behandlung des Schnupfens und der Influenza mit elektrischen Lichtkastenbädern.** *Med. Klinik. 47. 1909.*

Nach einer 3—4stündlichen „Kurdauer" war der erst 1—2 Tage bestehende Schnupfen vollständig geschwunden, nur in einem besonders hartnäckigen Falle war noch ein zweites Bad nothwendig. Contraindicirt sind die Kastenbäder bei Tuberculose, Arteriosklerose, Herzklappenfehler und Schwangerschaft.

SEIFERT.

18) **Schiffer** (Wien). **Ueber Coryfin.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Empfehlung von Coryfin und Paraff. liquid. aa part aequal. als Mittel gegen Rhinitis, besonders bei kleinen Kindern. HANSZEL.

19) **Charles E. North. Bericht über 300 mit Milchsäurebakterienculturen behandelte Fälle. (Reports of 300 cases treated with a culture of lactic acid bacteria.)** *N. Y. Medical Record. 27. März 1909.*

Unter den behandelten Fällen sind auch solche von: Rhinitis atrophicans; Ethmoiditis; Stirnhöhlenempyem; acuter Rhinitis; chronischer Rhinitis; Heufieber; Tuberculose der Highmorshöhle. Durch die Anwendung der Milchsäurebacillencultur wird die Absonderung auf Oberflächen oder in Höhlen oft herabgesetzt, Schwellungen des erectilen Gewebes in der Nase reducirt und Fötor vermindert.

Ob der Methode irgend welcher Werth beizumessen ist, das zu beurtheilen scheint im Wesentlichen Sache individueller Anschauung zu sein. LEFFERTS.

20) **J. L. Goodale. Milchsäurebakterien bei chronischen eitrigen Zuständen in der Nase. (Lactic acid bacteria in chronic suppurative nasal conditions.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Juli 1909.*

Während der letzten vier Monate behandelte G. eine Reihe von Fällen mit milchsäurebildenden Bakterienculturen, darunter solche von Rhinitis atrophicans mit Ozaena und chronische Nebenhöhleneiterungen. Das Präparat wurde zweimal wöchentlich aus dem Laboratorium geschickt und den Patienten zur Anwendung in einem Atomizer gegeben; sie bekamen jede Woche frisches Material und es wurden ihnen genaue Vorschriften für dessen zweckmässige Aufbewahrung gegeben. In Fällen von Rhinitis atrophicans wurde darauf geachtet, dass vor Anwendung des Sprays die Krusten aus der Nase beseitigt wurden. G. ist der Ansicht, dass in einigen Fällen von Ozaena mit starker Borkenbildung ein deutlicher Effect erzielt wurde. Die Resultate sind mit denen durch Argyrolanwendnng erzielten vergleichbar. Boi chronischer Sinusitis mit Hyperplasie und Polypenbildung konnte kein Resultat bewirkt werden. EMIL MAYER.

21) **Samuel W. Thurber. Behandlung der Epistaxis. (Treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. August 1909.*

Der Artikel stellt die Beantwortung einer von den Herausgebern der Zeitung gestellten Preisaufgabe dar. Die zahlreichen Antworten brachten absolut nichts Neues. Th. lenkt die Aufmerksamkeit nachdrücklichst auf den Locus Kiesselbach als Ort der Blutung.

LEFFERTS.

22) **W. Peyre Porcher. Die Behandlung der Epistaxis. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Verf. verschliesst die Nasenlöcher mit einer gewöhnlichen Wäscheklammer oder einer starken Haarnadel.

LEFFERTS.

23) **Renaux** (Brüssel). **Schwere hypoplastische Anämie durch wiederholte kleinere Nasenblutungen. Heilung.** *Med. Klinik. 48. 1909.*

Bei einem 37jährigen Mann gab ein Geschwür an der rechten unteren Muschel die Veranlassung zu Nasenbluten. Ausschneiden des Ulcus und Kauterisation der Schnittfläche. Nach der Operation sehr rasches Verschwinden der hypoplastischen Anämie.

SEIFERT.

24) **Julian Marcuse** (Partenkirchen). **Die therapeutische Anwendung localer Kälteapplicationen auf den Nacken.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und bezugnehmend auf die jüngsten Mittheilungen von Muck und Jurasz berichtet Marcuse über seine günstigen Erfahrungen mit der kalten Nasendouche bei Asthma bronchiale und nervosum und schildert die von ihm geübte Applicationsweise.

HECHT.

25) **Rücker** (Werden, Ruhr). **Die Erzeugung einer schweren Hämatemese durch Läsion der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1909.*

In der Strafanstalt Werden kamen eine Reihe von Fällen vor, in denen die Kranken bis zu 1, ja $1^1/_2$ Liter Blut brachen. Es stellte sich heraus, dass die Patienten mit „wohlgepflegtem Fingernagel" den Locus Kiesselbach der Nasenscheidewand wiederholt angeritzt hatten, bei stark nach hinten geneigtem Kopfe das Blut in den Pharynx laufen liessen, verschluckten und dann ausbrachen, um auf diese Weise ein Magenleiden vorzutäuschen und für den „kranken" Magen Krankenkost zu erzielen.

HECHT.

26) **Hugo Recht** (Linz a. D.). **Eine Compressionspincette zur Stillung von Nasenblutungen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1910.*

Das in der Mittheilung abgebildete Instrument wird an seinen vorderen Compressionsbranchen mit Gummibezügen versehen und in der Weise eingeführt, dass das knorpelige Septum und mit ihm die blutende Stelle zwischen die zwei Branchen zu liegen kommt. Die mit einem Schraubengewinde versehene Pincette stillt die Blutung durch Druck in wenigen Minuten.

HECHT.

27) **M. Hajek. Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 471. 1910.*

Referat, erstattet auf dem internationalen medicinischen Congress zu Budapest 1909.

OPPIKOFER.

28) **Botey** (Barcelona). **Oberkieferempyem mit multiplen Nekrosen. (Sinusitis maxilar con nécresis multiples.)** *Archivas de Rinologia, Laringologia y Otologia. No. 159. 1909.*

Die Natur der Affection war hereditär-syphilitisch. Operation. Heilung.

TAPIA.

29) **v. Rimscha. Die Diagnose und Therapie des Highmorshöhlenempyems.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 4. 1910.*

R. empfiehlt, auch bei Verdacht die Höhle zu punctiren und durchzublasen. Spülung bei Rasseln. Acutes Empyem wird mit Bettruhe immer geheilt, wenn es sich nach Influenza entwickelt. Radical wird nach Denker operirt, dabei die untere Muschel selten resecirt.

P. HELLAT.

30) **Razemon. Die Localanästhesie bei der Behandlung des Oberkieferempyems. (L'anesthésie locale dans la cure de la sinusite maxillaire.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 1910.*

Patient, an doppelseitiger Sinusitis maxillaris leidend, wurde auf der einen Seite nach Caldwell-Luc, auf der anderen Seite nach Claoué (vom unteren Nasengang) operirt, beide Male unter localer Anästhesie. Die Technik der Anästhesie ist genau beschrieben und hat natürlich nur für die Operation nach Luc besondere Schwierigkeiten geboten, die vom Autor sehr leicht überwunden worden sind, durch schrittweises Anästhesiren je nach der afficirten Stelle. Die Operation dauert dadurch ziemlich lange, dafür ist wegen der Blutleere volle Uebersichtlichkeit erzielt. Patient litt keine nennenswerthe Schmerzen und empfiehlt Razemon die locale Anästhesie jedesmal, wenn nicht besondere Gründe (Aengstlichkeit des Patienten) allgemeine Anästhesie erfordern.

LAUTMANN.

31) **Metzianu. Behandlung des Kieferhöhlenempyems mit localer Cocainanästhesie. (L'opération de sinusite maxillaire par anesthésie locale de la cocaïne.)** *Bulletin de laryngologie, otologie etc. Tome XIII. No. 1.*

Zwei Fälle von Kieferhöhleneiterung wurden vom Autor in Localanästhesie operirt, jedoch gelang die Anästhesie nur in einem Falle, im anderen musste während der Operation zum Chloroform gegriffen werden. Beschreibung der Technik.

LAUTMANN.

32) **Sargnon** (Lyon). **Radicalbehandlung des Kieferhöhlenempyems. (Cure radicale de sinusite maxillaire.)** *Lyon médical. No. 38. 20. September 1909.*

Verf. hat mit Erfolg die endoskopische Methode durch die Fistel in der Fossa canina anwenden und sowohl die Diagnose stellen, wie den Heilungsvorgang controliren können.

GONTIER de la ROCHE.

33) **John O. Roe. Methoden zur Eröffnung der Kieferhöhle nebst Demonstration eines neuen Instruments. (Methods of opening the maxillary antrum with presentation of a new instrument.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. Juni 1909.*

Das angegebene Instrument ist eine Scheere, die in zwei Formen hergestellt wird Die eine ist vorzuziehen, wenn der Boden der Kieferhöhle höher, die andere, wenn er tiefer liegt als der Boden der Nasenhöhle. In den meisten Fällen entfernt

Verf. den vorderen Theil der unteren Muschel. Dann wird mit einem kleinen spitzen Messer ein Schnitt durch das Periost bis auf den Knochen von hinten nach vorn längs der ganzen Ausdehnung des Antrum so nahe der Anheftungsstelle der Muschel als möglich gemacht, auf diesen Schnitt wird am vorderen und hinteren Ende je ein senkrechter bis auf den Nasenboden gesetzt. Der so gebildete Lappen wird dann vom Knochen abgehoben. Dann wird im vorderen Theil des Antrum eine Oeffnung möglichst nahe dem Nasenboden gemacht; er verwendet mit Vorliebe dazu Myle's gebogenen Meissel; dann führt er seine Scheere ein und knipst die ganze Wand unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel ab. Sehr wesentlich ist, dass zwischen Höhle und Nasenboden kein Vorsprung übrig gelassen wird. Die Höhle wird von etwa vorhandenen Geschwülsten gereinigt und sorgfältig ausgetrocknet und der Schleimhautlappen auf den Boden antamponirt. Verf. wendet sich energisch dagegen, die Höhle zu curettiren und die Schleimhaut zu zerstören.

EMIL MAYER.

34) **K. M. Menzel** (Wien). **Ueber primäre acute Osteomyelitis des Oberkiefers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 100. 1908.*

Die primäre acute Osteomyelitis des Oberkiefers ist bei Erwachsenen ausserordentlich selten. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass dieselbe nicht nur bei Säuglingen, sondern auch bei Erwachsenen für die secundären fortgeleiteten Kieferhöhlenempyeme eine wichtige ätiologische Rolle spielt.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass $^1/_2$ Jahr vor Beginn der Erkrankung dem Patienten ein Brett auf die Nasenwurzel gefallen ist. Patient erkrankte mit heftigen Stirnkopfschmerzen und 41° Fieber, der Zustand wurde für Appendicitis gehalten und Patient schon für die Operation bestimmt. Nach einigen Tagen floss Eiter und Blut aus der linken Nase, womit Fieber und Beschwerden schwanden. Ein ziemlich grosser Sequester um das Ostium maxillare herum wurde durch Operation von der Fossa canina aus beseitigt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

35) **Otto Kahler** (Wien). **Zur Pathologie und Klinik der gutartigen Oberkiefergeschwülste.** *Mit 3 Textfiguren u. 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 2. 1910.*

I. Ueber Kieferhöhlenfibrome: Die Fibrome kommen in zwei Formen zur Beobachtung; als periostale (Fibrombildung vom Periost des Antrum aus) und als sogenannte centrale Fibrome, die im Knochen selbst entstehen. Besprechung der bisher in der Literatur mitgetheilten Fälle und Hinzufügung der Kranken- und Operationsgeschichten zweier weiterer Fälle aus der Chiari'schen Klinik. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein periostales Fibrom, im zweiten liess sich nicht mehr entscheiden, welcher Gruppe der Tumor zuzutheilen war, da er durch sein Wachsthum schon den ganzen Oberkiefer eingenommen hatte. Epikritische, diagnostische und differentialdiagnostische Erörterungen mit Hinweis auf die diagnostische Bedeutung der Röntgenaufnahme.

II. Ueber partielle Hyperostose des Oberkiefers: Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von ausgedehnter Hyperostose des Oberkiefers

beiderseits mit Stenose der Nasenhöhle beiderseits und kosmetischer Beeinträchtigung des Gesichtsschädels. Operationsbericht und Mittheilung des histologischen Untersuchungsbefundes des excidirten Knochens. Besprechung der einschlägigen Literatur nebst epikritischen, diagnostischen und therapeutischen Erörterungen.

HECHT.

36) **E. Labarre** (Brüssel). **Voluminöse congenitale Cyste der Kieferhöhle paradentären Ursprungs. (Kyste congénital volumineux du sinus maxillaire d'origine paradentaire.)** *La Presse oto-laryngologique Belge. No. 2. 1910.*

Pathogenie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung dieser Geschwülste werden gelegentlich eines vom Autor beobachteten Falles erörtert, bei welchem derselbe nach der Exstirpation eine sinusonasale Drainage vornahm; unglücklicher Weise war die Abfallshöhe des Sinus zu gross, um auf die exclusive Verwendung der Drainage rechnen zu können, Beweis dafür, dass das Verfahren sich nicht in allen Fällen verwenden lässt.

PARMENTIER.

37) **E. F. Reamer. Bericht über einen Fall von Angiom der Highmershöhle. (Report of a case of angiome of the antrum of Highmore.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association and the Northwestern Lancet. März 1909.*

50jährige Frau, bei der seit einigen Jahren linksseitige Nasenverstopfung besteht. Seit einem Jahre ist Schwellung der linken Gesichtshälfte aufgetreten. Bei der Palpation konnte man unter der Lippe und über der Wange deutliche Pulsation wahrnehmen. Bei der Operation entstand eine profuse Blutung. Die Highmorshöhle war sehr gross und gänzlich mit Blut und Blutgefässen angefüllt. In der Vorderwand des Jochbeins war durch Druckatrophie ein grosses Loch entstanden. Die Operation konnte wegen der Blutung nicht zu Ende geführt werden. Sechs Wochen später zeigte sich wieder die Schwellung des Gesichts; die Wunde wurde geöffnet und die Highmorshöhle voller Granulationen gefunden. Längs des Zahnfleisches, unmittelbar oberhalb der Zähne wurden zwei oder drei grosse Blutgefässe gefunden. Die Wunde wurde bis dahin erweitert und dann curettirt. Die Highmorshöhle wurde dann eine Zeit lang gespült und es trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

38) **H. Tilley. Ein Fall von Endothelioma myxomatodes der Kieferhöhle, nebst einer pathologischen Anmerkung von S. G. Shattock.** *Lancet. Vol. II. p. 136. 1909.*

Die Symptome bestanden in Verlegtsein der betreffenden Seite, Kopfschmerz und heftigem Schmerz im linken Auge. Bei Eröffnung der Kieferhöhle fand man diese völlig ausgefüllt von einer blaugrauen Geschwulst; Eiter war nicht vorhanden. Die Geschwulst bestand aus einer halbfesten, röthlich-braunen, gummiartigen Substanz, die der Verf. mit einer grossen Traube mit fehlenden Kernen vergleicht. Die Geschwulst wurde ausgeschält; die Auskleidung der Höhle schien etwas verändert. Es war nicht möglich, ausfindig zu machen, von welcher Stelle die Geschwulst ihren Ausgang nahm. Die nasale Antrumwand und die vorderen Siebbeinzellen wurden entfernt und die Wunde in der Mundhöhle geschlossen.

Der Verf. berichtet über einen ähnlichen Fall in seiner Praxis, bei dem 2 Jahre nach der Operation kein Recidiv aufgetreten war. WATSON WILLIAMS.

39) **S. J. Kopetzky. Ein Fall von primärem Epitheliom der Oberkieferhöhle. (A case of primary epithelioma of the maxillary antrum.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Der Fall ist insofern interessant, als es sich um eine junge Frau unter 30 Jahren handelt. Bei der ersten Operation schien es sich nur um ein gewöhnliches Empyem zu handeln; eine gleichzeitig bestehende Facialisparalyse konnte man sich nicht recht erklären, eine Infiltration der Weichtheile schob man auf die Ausbreitung der Entzündung vom Knochen auf jene. Die Behandlung basirte auf der Idee, soviel von der Geschwulst, als erreichbar war, zu entfernen und das oberflächliche Infiltrat in der Wange durch Röntgenstrahlenanwendung zu beeinflussen. Die Röntgenstrahlen liessen aber völlig im Stich. EMIL MAYER.

40) **Malherbe** (Paris). **Sarkom der Kieferhöhle. (Sarcome de l'antre d'Highmore.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 4. October 1909.*

Es handelte sich um einen apfelsinengrossen Tnmor, der sich in der rechten Kieferhöhle bei einem 14jährigen Mädchen entwickelt hatte und eine Hervorwölbung des Gaumens, des Auges und der lateralen Nasenwand verursachte.

Die Fossa canina wurde breit freigelegt und auf diesem Wege die Höhle völlig ausgeräumt. Heilung in 12 Tagen. Nach einem Jahr Recidiv und ähnliche Operation. GONTIER de la ROCHE.

41) **R. Imhofer** (Prag). **Entfernen eines Fremdkörpers aus der Kieferhöhle mit Hülfe der Endoskopie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 427. 1910.*

I. wollte die durch die Alveole angelegte Kieferhöhlenöffnung erweitern; dabei schlüpfte der Cocain enthaltende Wattetampon nach Innen. Nachdem alle möglichen Manipulationen nicht zum Ziele geführt hatten, wurde der Fremdkörper mit Hülfe des Endoskops gesehen und dann aspirirt.

Im Anschluss an diese Beobachtung spricht I. über die Fremdkörper in der Kieferhöhle. Verf. vertritt die Anschauung, dass ein Fremdkörper, der in eine vorher gesunde Kieferhöhle geräth, unbedingt eine Eiterung hervorruft.

Um den Fremdkörper zu entfernen, sollen vorher alle conservativen Methoden der Fremdkörperentfernung versucht werden, bevor man sich zur Eröffnung der Fossa canina entschliesst. Der Werth der Endoskopie darf nicht zu hoch angeschlagen werden. OPPIKOFER.

42) **Razemon** (Lille). **Fremdkörper der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Echo médical du Nord. 20. Februar 1910.*

Ein seit 20 Jahren in der Kieferhöhle steckender Drain, der keine Beschwerden machte, bis Patient kürzlich erst durch einen hartnäckigen Schnupfen darauf aufmerksam gemacht wurde. Extraction durch die Fossa canina.

GONTIER de la ROCHE.

43) **Razemon. Fremdkörper in den Nebenhöhlen der Nase, namentlich in der Kieferhöhle. (Corps étrangers des sinus, du sinus maxillaire en particulier.)** *Bulletin de laryngol., d'otologie. Tome XIII. No. 1.*

Alle Zeichen einer einseitigen Eiterung der Nase mit starken nervösen Reactionserscheinungen verschwanden, nachdem Razemon bei einem Patienten aus dem mittleren Nasengang einen Fremdkörper extrahirt hatte. Der Fremdkörper stellte sich als ein Stück eines Caoutchoucdrains heraus. Nun erzählte der Patient, dass er vor nahezu 20 Jahren wegen einer Kieferhöhlenentzündung von der Alveole aus behandelt worden ist, und dass er die Trepanationswunde mit solchen Drains offen hielt. Diese Drains verschwinden oft spurlos, offenbar, wie Patient glaubt, weil sie verschluckt wurden. Demnach erscheint es Razemon plausibel, dass ein solcher Caoutchoucdrain in die Kieferhöhle geschlüpft ist, daselbst fast 20 Jahre ruhig gelegen und endlich durch den Hiatus maxillaris den Weg in die Nasenhöhle angetreten hat, woselbst er sich in der geschwollenen mittleren Nasenmuschel verfangen hat. Im Anschluss an diesen Fall resumirt Razemon die in der Literatur veröffentlichten Fälle, wobei aber die Autorennamen fast durchweg fehlerhaft citirt werden.

LAUTMANN.

44) **C. Hubrich** (Nürnberg). **Ein Rachentonsillotom.** *Mit 3 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1910.*

Hubrich modificirte das Schütz'sche Adenotom in der Weise, dass er statt des gefensterten Messers ein nach Art der Gillete-Rasierapparate angefertigtes Stahlplättchenmesser verwendet, das den Rahmen verschliesst und ein Durchfallen der Rachenmandel durch den Rahmen verhindert. Das Messer schneidet während des Vorschiebens von unten nach oben in gleicher Richtung die Mandel durch.

HECHT.

45) **Nadoleczny** (München). **Rachenmandeloperationen und Sprachstörungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1910.*

N. bespricht die Indicationen, bezw. Contraindicationen bei einer Reihe von Sprachstörungen (Sigmatismus nasalis, Stammlern und Stotterern), sowie bei sprachgestörten Schwachsinnigen und belegt dieselben mit eigenen casuistischen Fällen. Zusammenfassend kommt er zu dem Schlusse: „Der einzige Sprachfehler, den man durch Adenotomie beseitigen kann, ist die Rhinolalia clausa. Auch hier bleibt der Erfolg nach der Operation manchmal zunächst aus. Er wird aber sicher erreicht durch eine sprachärztliche Behandlung. Bei den anderen Formen von Stammeln und beim Stottern gilt der Satz, dass die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indicirt ist, dass aber, wenn andere Indicationen vorhanden sind, die Sprachstörungen sehr ins Gewicht fallen. In solchen Fällen kann eine sprachärztliche Behandlung erst nach Entfernung der Rachentonsille mit Erfolg einsetzen. Die Sprachstörungen der Schwachsinnigen werden durch die Adenotomie ebensowenig beeinflusst wie deren geistiger Zustand, es sei denn, dass die Hyperplasie der Rachenmandel nachweislich die allbekannten Störungen gemacht hat. Aber auch dann muss man sich mit recht bescheidenen Erfolgen zufrieden geben. Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns ist jene Ope-

ration nicht angezeigt, sie führt direct zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers. Ceterum censeo: Sprachstörungen allein können niemals als Indicationen zur Entfernung einer Rachenmandel gelten, die sonst keinerlei pathologische Erscheinungen hervorruft. Eine Prognose hinsichtlich „der Besserung oder Heilung von Sprachstörungen durch die Operation" allein aber wird auch dann meistens trügen, wenn der Eingriff indicirt war."

HECHT.

46) **Rowland G. Freeman. Rachenmandelhypertrophie während des ersten Lebensjahres und deren Behandlung. (Adenoid hypertrophy during the first year of life and its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juni 1909. N. Y. Medical Record. 28. August 1909.*

Verf. räth zu frühzeitiger Operation auch im ersten Lebensjahre. Die Operation wird ohne Narkose gemacht; soll ein Narkoticum gegeben werden, so empfiehlt Verf. Lachgas.

LEFFERTS.

47) **Otis Orendorf. Klinische Symptome der Adenoiden bei Erwachsenen. (Clinical manifestations of adenoids in adults.)** *Journal American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. sagt, dass manche erwachsene Patienten wegen eines „Katarrhs" behandelt werden, bei denen es sich um übersehene adenoide Wucherungen handelt.

EMIL MAYER.

48) **Eustace Smith** (London). **Eine wenig gekannte Folge der Adenoidgeschwülste. (A little recognised consequence of adenoid growths.)** *Practitioner. London. Januar 1910. Vol. 84. p. 67.*

Die von dem Verf. „entdeckte" Folgeerscheinung der Adenoiden ist die wohl von jedem einigermaassen erfahrenen Specialisten lange gekannte reichliche Absonderung eines dicken, reizenden („acrid") Schleims. Verf. ist augenscheinlich der Ansicht, dass ein lange bestehender Nasenkatarrh oder häufiges Wiederkehren von solchen für die Production dieses manchmal gelben, alkalischen und irritirenden muco-purulenten Secrets von wesentlicher Bedeutung ist; er scheint nicht zu wissen, wie bald nach einem einfachen acuten Katarrh oder einer Influenza er sich zeigen kann. In seiner im Uebrigen sehr interessanten und lehrreichen Arbeit beschreibt Verf. die gastrischen und laryngealen Störungen, die durch diese Secretion bedingt werden. Er räth zur frühzeitigen Entfernung dieser Geschwülste, Athemübungen und Leben in freier Luft. Als Tonicum für die erschlafften Theile wendet Verf. Resorcin und Tinct. Hamamelis an. Nach vier Wochen pinselt er den Pharynx mit Lugol'scher Lösung.

JAMES DONELAN.

49) **Clark J. Payson. Resultate bei Adenoiden- und Gaumenmandeloperation. Eine Studie über eine Serie von Fällen. (Results of adenoid and tonsil operation. A study of a series of cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1909.*

Von 73 Fällen, die nach Operation in Aethernarkose wegen adenoider Wucherungen und Tonsillen wieder untersucht wurden, wurde angegeben, dass in 35

noch Mundathmung bestand. Verlegung der Nase konnte als Grund dafür nicht aufgefunden werden. Vier Fälle von Enuresis nocturna waren durch die Operation nicht gebessert worden. In zwei Fällen trat eine secundäre Blutung auf.

EMIL MAYER

50) **Francis R. Packard. Adenoidoperation. (Adenoid operations.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909. N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. empfiehlt, bei Kindern und Personen unter 18 Jahren in Allgemeinnarkose, bei Personen über 18 Jahren unter Cocain zu operiren. Ist der Narkotiseur mehr auf Chloroformanwendung als auf Aether eingeübt, so wähle er Chloroform, trotzdem dieses gefährlicher ist als Aether. Der Patient soll 12 Stunden unter Beobachtung bleiben. Die Frage der Narkose bei Adenoid- und Tonsillaroperation bezeichnet Verf. von folgenden Gesichtspunkten aus als sehr wichtig: Die Kinder, um die es sich handelt, haben oft den sogenannten „status lymphaticus" und sind daher ganz besonders schlechte Objecte für die Narkose. Ferner erschwert die mechanische Verengerung der Athemwege infolge der Adenoiden und Mandelhyperplasien die Inhalation des Narkoticums, so dass oft grosse Mengen von diesem nothwendig sind. Verf. wendet im Allgemeinen die Tropfmethode an. Der Patient liegt auf dem Rücken mit etwas über den Tisch hinaushängendem Kopf. Verf. bevorzugt entschieden Aether vor Chloroform; Lachgas ist in seiner Wirkung zu kurz, Bromäthyl ist zu gefährlich und Aethylchlorid hat den Nachtheil, dass bei einigermassen längerer Anwendung die Kiefer rigide werden, abgesehen davon, dass es die Empfindlichkeit der Schleimhäute nicht so herabsetzt, wie Aether und Chloroform.

EMIL MAYER.

51) **N. R. Blegvad. Ueber Operation der adenoiden Wucherungen. (Om Operation for adenoide Vegetationer.)** *Hospitalstidende. No. 42. 1909.*

Verf. zieht Beckmann's Ringmesser vor und ist ein Gegner der Anwendung von Chloroform oder Localanästhesie. Er wendet, wenn es nothwendig, primäre Aethernarkose an.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER),

52) **Parrel. Die Complicationen der Adenectomie; einige seltene oder selten beschriebene Zufälle. (Les complications de l'adénectomie; de quelques accidents rares ou rarement décrits.)** *Bulletin de laryngologie. Tome XIII. April 1910.*

Zusammenstellung der bekannten üblen Zufälle infolge von Abtragung der Adenoiden. Zu den Todesfällen infolge von Septikopyämie fügt Autor noch einen nicht veröffentlichten Fall von Grossard hinzu. Der Tod erfolgte infolge von septischer Blutung 8 Tage nach der Operation. Um die besten Resultate zu erzielen, muss man bei hängendem Kopf und unter Chloräthylnarkose operiren.

LAUTMANN.

53) **Alfred Wiener. Ein Zange zur Entfernung von Fetzen etc. an der hinteren Rachenwand nach Adenoidoperation. (A forceps for the removal of the tags etc. on the posterior pharyngeal wall after adenoid operations.)** *N. Y. Medical Record. 10. April 1909.*

Die Zange schneidet und reisst nicht; sie wirkt wie eine Scheere und kann mit einer Hand gehandhabt werden; die Schneide des unteren Blattes ist sägeförmig.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

54) **G. S. Hett** und **H. G. Butterfield. Die Anatomie der Gaumenmandeln. (The anatomy of the palatine tonsils.)** *Journ. Anat. and Physiol. London. Vol. 44. p. 35.*

Verff. geben eine ausführliche Schilderung der Anatomie der Gaumenmandeln, sowie ihrer vergleichenden Anatomie und Embryologie bei Menschen und Säugethieren. Der Inhalt ist zu reichhaltig, als dass er in Form eines Referates sich wiedergeben liesse. Die Arbeit ist durch 31 Zeichnungen illustrirt. Sie verdient sorgfältigstes Studium und stellt eine weitere Bereicherung unserer Literatur über die Anatomie des Pharynx dar. JAMES DONELAN.

55) **Charles M. Robertson. Anatomie und Physiologie der Tonsille. (Anatomy and Physiology of the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Anatomie der Tonsille, ihre Entwickelung und die Störungen, die für den Organismus aus Erkrankungen derselben sich ergeben. Er ist der Ansicht, dass, wenn der Tonsille überhaupt eine Function zuzuschreiben ist, diese sich nur in dem Alter zwischen dem 6. und 8. Jahre bethätigt; nach dieser Zeit fällt die Tonsille in der Norm der Atrophie anheim. Nach jenem Lebensalter hält Verf. die Mandeln für pathologisch und schädlich, insofern sie den Träger für ungeeignet im Kampf gegen Infectionen machen.

EMIL MAYER.

56) **Halász** (Miskolcz). **Die Behandlung der acuten Entzündungen der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1. 1910.*

Bei solchen Entzündungen verwendet H. anfangs eine stärkere Jodglycerinlösung (Jodi puri, Kal. jodat. aa 1,0, Glycerin 25,0), später eine schwächere Lösung (Jodi puri, Kal. jodat. aa 0,75, Glycerin 25,0), und zwar zu Pinselungen der seitlichen und hinteren Wand des Rachens, bei acuter Mandelentzündung auch der Tonsillen. SEIFERT.

57) **Iwanow. Atypische Hypertrophie der Mandeln. (Atipitscheskija gipertrofii mundalin.)** *Westnik usch., gor. i nos. bol. p. 27. 1909.*

Beschreibung eines Falles, in welchem die eine Mandel eine papillomatöse Geschwulst vorstellte. Die Geschwulst enthielt reines hypertrophirtes Mandelgewebe. P. HELLAT.

58) **Paul Schichold** (Leipzig). **Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Der ausführliche Vortrag bringt für den Specialarzt nichts Neues. Sch. weist auf den Zusammenhang zwischen rheumatischen Erkrankungen und chronischen Mandelentzündungen hin, der durch die Erfolge der localen Behandlung auch klinisch erwiesen ist. Neben den Mandelaffectionen muss man auch für eine entsprechende Mundpflege und Zahnbehandlung sorgen und auf etwaige Nasennebenhöhlenerkrankungen achten. Die einfache Tonsillotomie oder Schlitzung genügt nicht, die zweckmässigste Behandlung ist die Tonsillectomie, zu der Autor das Gürich'sche Verfahren als das geeignetste empfiehlt. Hierdurch wird nicht nur eine Heilung der rheumatischen Affection erzielt, sondern auch das Auftreten von Recidiven verhütet. Neben den Gelenkerkrankungen werden auch Complicationen günstig beeinflusst: Frische Entzündungen der Herzinnenhaut und des Herzmuskels können geheilt werden, wesentliche Gewebsveränderungen werden dagegen nicht beeinflusst. Unter Hinweis auf die Curschmann'sche Theorie erwähnt Autor, dass „ausser auf die rheumatischen Erkrankungen die Tonsillartherapie einen günstigen Einfluss auch auf andere Krankheiten auszuüben scheine, die mit einer Entzündung der Mandeln einhergehen, insbesondere auf Nierenentzündungen“.

HECHT.

59) **H. Curschmann** (Leipzig). **Beziehungen entzündlicher Mandelaffectionen zu Infectionskrankheiten. Discussionsbemerkungen zu dem Vortrag des Herrn Schichold.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Für besonders wichtig hält C. die Beziehungen eitriger Erkrankungen der Tonsillen zur Entstehung septischer Processe. Er glaubt, „dass man die immer noch so häufige Verlegenheitsdiagnose ‚kryptogenetische Septikäme‘ wesentlich herabsetzen könnte, wenn man in jedem Fall den Mandeln besondere Aufmerksamkeit widmete“. Sowohl klinisch, wie bei Sectionen fand Autor diese seine Anschauung vielfach bestätigt; er sah von den Tonsillen aus Strepto-, Staphylo- und namentlich auch Pneumokokkensepsis entstehen. Des Ferneren „findet sich sehr häufig als Ursache gewisser Formen der Nephritis eine entzündliche oder eitrige Tonsillenaffection“. „Jede „einfache“ entzündliche Tonsillitis, selbst wenn es nicht einmal zur Abscessbildung kommt, kann der Ausgangspunkt einer acuten oder subacuten, meist hämorrhagischen Nephritis werden, die leider oft genug chronisch wird und nicht mehr zur Ausheilung kommt.“ Autor bespricht nun den zeitlichen Verlauf der Tonsillitis und Nephritis, weist auf die ätiologisch beachtenswerthe Bedeutung der chronischen fossulären Tonsillitis hin und auf die therapeutisch günstige Beeinflussung der secundären Affection durch eine entsprechende Behandlung der Tonsillen, wobei er die Tonsillectomie als am zweckentsprechendsten bezeichnet. Auch die Bedeutung der fossulären chronischen Tonsillitis für die gewöhnliche Polyarthritis rheumatica verdient eingehendste Beachtung, doch ist es weiterer Beobachtung vorbehalten, zu entscheiden, ob wirklich alle derartigen Fälle tonsillären Ursprungs sind. In positiven Fällen ist wohl die Gelenkaffection meistens auf Toxinwirkung zurückzuführen.

HECHT.

60) **Schönemann** (Bern). **Die rationelle Therapie und Prophylaxe der Angina (Tonsillitis acuta).** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 9. 1910.*

Verf. stellt in dieser Abhandlung seine schon früher, 1906 und 1907 (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, S. 440) von ihm angeführte Theorie auf, dass die Gaumentonsillen weder Lymphocytensecretions- noch Schutzorgane mittelst Lymphstromaussscheidung, sondern nichts anderes seien als vorgeschobene submucöse, von der Nasenhöhle aus als ihrer Infectionsquelle inficirbare Lymphknoten. Er bedauert, dass es ihm nicht gelungen sei, diese Theorie, namentlich die Quellleitung für die Tonsillitiden von der Nase aus, bakteriologisch zu erhärten. Jedoch stützt er sich hauptsächlich einerseits auf seine practischen Beobachtungen, die von anderen Autoren bestätigt würden, andererseits auf die Thierversuche Lénart's über den Zusammenhang zwischen den Lymphgefässen der Nasenhöhle mit den Tonsillen (Archiv f. Laryngologie, Bd. 21, 1909), welche allerdings seine Theorie kräftig zu unterstützen scheinen.

Demnach wäre die acute Tonsillitis eine Secundärlocalisation einer allgemeinen Infectionskrankheit, und Verf. glaubt, dass sie auch die erste floride Localisation des Gelenkrheumatismuserregers seien.

Die Therapie Sch.'s für die acute Angina besteht folgerichtig nicht in localer, sondern in Allgemeinbehandlung mit Salicylpräparaten, die bei frischen Fällen von schlagendem Erfolge begleitet sei und auch in weniger frischen Fällen sehr gute Dienste leiste.

Als Prophylaxe gegen die Disposition zu häufigen Mandelentzündungen empfiehlt er Einträufelung von Protargol- oder Collargollösungen in die Nase, event. Abtragung, nicht Cauterisation hochgradig hypertropischer Nasenmuscheln.

JONQUIÈRE.

61) **Script. Zur Frage der Indicationen zur Tonsillotomie und von Blutungen nach derselben. (K woprusu o pokasanijach k tonsillotomi i krowotetschei posle neja.)** *Jeshemesjatschnik. No. 8. 1909.*

Bereits bei Gelegenheit des I. allrussischen Congresses in diesem Blatte referirt.

P. HELLAT.

62) **N. Rh. Blegvad. Tonsillectomie.** *Ugeskrift for Laeger. No. 12. 1910.*

Verf. berichtet über Technik und Indication der Operation und hat selbst einige Instrumente angegeben und andere modificirt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

63) **Hugh N. Lokey. Tonsillectomie versus Tonsillotomie. (Tonsillectomy versus Tonsillotomy.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. Juli 1909.*

Verf. bekennt sich als Anhänger der Tonsillectomie.

EMIL MAYER.

64) **V. Saxtorph Stein. Operationen der Gaumentonsillen. (Operationer paa Ganetonsillerne.)** *Dansk Klinik. No. 5. 1909.*

Uebersicht über die verschiedenen operativen Eingriffe der Gaumentonsillen mit besonderem Hinblick auf die Tonsillectomie.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

65) **Mark D. Stwenson. Eine Methode zur Entfernung der Gaumentonsillen mit neuen Instrumenten. (One method of removing the faucial tonsil with new instruments.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. September 1909.*

Verf. giebt eine Beschreibung der gewöhnlichen Tonsillectomie. Er benutzt einen Zungenspatel mit kurzem schwerem Handgriff, drei Arten von gekrümmten Scheeren, eine Tonsillenzange mit zwei Zähnen und Handgriffen, über welche eine Schlinge geführt werden kann, ferner eine gekrümmte und eine grade hämostatische Zange mit vielen feinen Zähnen. EMIL MAYER.

66) **Broeckaert. Vortheile, Nachtheile und Gefahren der Abtragung der Gaumenmandeln. (Avantages, inconvénients et dangers de l'ablation des amygdales palatines.)** *La Presse oto-laryngologique Belge. No. 3. 1910.*

Bericht über das Referat auf der Jahresversammlung der belgischen Oto-Laryngologen im Juni 1910.

Der Autor betrachtet im 1. Capitel die Vortheile der Entfernung der Mandeln auf Grund von Infectionen, welchen sie als Eingangspforte zu dienen scheinen, und von mehr oder weniger entfernten Störungen, die ihre Erklärung in den Läsionen der Gaumenmandeln finden.

Im zweiten Capitel bespricht er die Nachtheile, welche sich durch die Unterdrückung eines Organs ergeben, welches von gewisser Seite aus als ausgezeichneter Schutzapparat angesehen wird, aber dessen innere Function noch nicht hinreichend klargestellt ist.

Schliesslich erwägt er, bis zu welchem Punkte die Amygdalotomie gefährlich ist und welche Vorsichtsmaassregeln man treffen muss, um so viel als möglich die Complicationen zu vermeiden.

Der Kern dieser Studie ist natürlich die Antwort auf die Frage: Wann sollen wir die Entfernung der Mandeln anrathen? PARMENTIER.

67) **G. Hudson Makuen. Einige Indicationen für die Entfernung der Gaumentonsille und Rathschläge für ihre Technik. (Some indications for the removal of the faucial tonsil and suggestions as to its technique.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Verf. behandelt auch in dieser Arbeit den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Gaumenmandeln und solchen der Zähne, auf den er bereits an anderer Stelle aufmerksam machte (cfr. Centralbl. 1910. No. 5. S. 226). Er schildert die Schädigungen, die dem Gesammtorganismus von erkrankten Tonsillen erwachsen können und plaidirt für deren radicale Entfernung. LEFFERTS.

68) **Nowal St. Pierce. Entfernung der Tonsillen. (Removal of tonsils.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Methoden. Die Tonsillotomie soll nur im Krankenhause gemacht, der Patient zu dem Zweck schon am Tage vorher aufgenommen und der Urin mikroskopisch und chemisch untersucht werden. Menstruirende Frauen sollen nicht operirt, auf Hämophilie und pulsirende Gefässe an den Tonsillen geachtet werden. Es wird empfohlen, eine Woche lang vor der Operation Calciumchlorid zu geben. Bei allen kleinen Kindern und

nervösen Erwachsenen soll Narkose angewandt und ausserdem, sobald die Reflexe erloschen sind, die Tonsillen noch mit 10 proc. Cocain-Adrenalinlösung bepinselt werden. Verf. beschreibt nun genau die Operation, die darin besteht, dass die Tonsille, nachdem sie mittels eines besonderen Messers aus ihrem Bett ausgelöst ist, mit einer Schlinge entfernt wird. Der Patient bleibt dann 24—48 Stunden im Bett.

EMIL MAYER.

69) **Frank C. Todd. Radicale Entfernung der Tonsille in ihrer Kapsel. (Complete removal of the tonsil in its capsule.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. operirt in Narkose am hängenden Kopf. Er giebt eine genaue durch Abbildungen illustrirte Beschreibung seiner Technik und der angewandten Instrumente.

EMIL MAYER.

70) **Lee Cohen. Postoperative Tonsillarblutung. (Postoperative tonsillar bleeding.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s sind die Blutungen stärker bei Tonsillectomie als bei Tonsillotomie, trotzdem zieht er die Tonsillectomie vor, nachdem er es gelernt hat, die Blutung besser zu beherrschen. Verf. unterbindet, wie bei jedem chirurgischen Eingriff, jedes blutende Gefäss. Er giebt eine Beschreibung der von ihm bei der Tonsillectomie angewandten Technik. Zur Vorbereitung für die Operation giebt er Calciumlactat.

EMIL MAYER.

71) **M. A. Goldstein. Retropharyngealabscess. Bericht über einige ungewöhnliche Fälle. (Retropharyngeal abscess. Report of some unusual cases.)** *Laryngoscope. Januar 1908.*

Bericht über drei Fälle. In einem war auf Grund einer Probeexcision und mikroskopischen Untersuchung die Geschwulst für ein Lymphosarkom gehalten worden, bis Verf. den Eiter entdeckte. Bei einem 9 Monate alten Kinde musste wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht werden.

EMIL MAYER.

72) **Wiesinger** (Hamburg). **Idiopathischer Retropharyngealabscess.** *Centralbl. f. Chirurgie. 16. 1910.*

Der von Wiesinger vorgestellte Fall (16jährige Patientin) war dadurch ausgezeichnet, dass er bei seiner Entstehung und seinem Verlauf von spondylitischen Symptomen begleitet war. Nach reichlicher Entleerung rasche Heilung, auch der spondylitischen Erscheinungen.

SEIFERT.

73) **John A. Thompson. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *The Lancet Clinic. 29. Mai 1909.*

Der Abscess hatte den Kehlkopf nach vorn, die Carotiden nach vorn und aussen gedrängt. Incision. Heilung.

EMIL MAYER.

74) **David. Kalter Abscess der Drüsen des Retropharynx. (Abcès froid rétropharyngée d'origine ganglionnaire.)** *Annales des maladies de l'oreille. T. XXXV. No. 10. 1909.*

Man beschreibt gewöhnlich nur zweierlei Arten des Retropharyngealabscesses.

Es existirt aber neben dem klassischen Senkungsabscess und der bekannten Vereiterung des retropharyngealen Zellgewebes noch eine dritte Form, die gar nicht so selten ist, als man nach den klinischen Publicationen meinen sollte. Diese Abscesse entstammen den sogenannten Gilleti'schen Drüsen, die eine fast ebenso grosse Tendenz zur tuberculösen Vereiterung zeigen, wie die Submaxillardrüsen. Die Symptomatologie dieser retropharyngealen Abscesse ist nicht so ausgesprochen und zieht nur wenig die Aufmerksamkeit des Practikers auf sich. Bei methodischem Forschen nach denselben, namentlich bei Vorhandensein anderer verkäster Drüsen des Halses, wird man diesem Retropharyngealabscess auch öfter begegnen. David hat innerhalb weniger Monate Gelegenheit gehabt, drei solcher Abscesse, und zwar bei einem Säugling von 9 Monaten, einem Burschen von 15 Jahren und einem Tuberculösen von 34 Jahren zu beobachten. Die Dysphagie, die Sprachstörung und das Fehlen von Schmerzen sind charakteristisch. LAUTMANN.

75) **Morestin** (Paris). **Stichwunde des Pharynx. (Plaie du coup du pharynx.)** *Société de Chirurgie. 19. Mai 1909.*

Es handelte sich um eine kleine durch einen Dolchstich verursachte Wunde im tieferen Theil des Pharynx; es entstand ein Hautemphysem. Naht. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

76) **Sargnon, Arnaud, Vignard. Fremdkörper des Pharynx. Extraction mit Anwendung der Roso'schen Lage. (Corps étranger du pharynx. Extraction avec utilisation de la position de Rose.)** *Lyon Médical. 21. März 1909.*

Hühnerknochen, der im Hypopharynx sass und eine peripharyngeale Phegmone verursacht hatte. Eröffnung des Abscesses; Entfernung des Fremdkörpers; Heilung. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

77) **Struckmann. Ueber eine kleine Diphtherieepidemie mittels präventiver Einspritzungen von Antidiphtherieserum beschränkt. (En lille Difteriepidemi begrenset ved preventive indspröztinger af Antidifteriserum.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 47. 1909.*

Bei 67 Personen wurden Einspritzungen versucht. Nur eine bekam später Diphtherie. Verf. betrachtet Isolirung der ergriffenen Individuen und präventive Serumeinspritzungen als nothwendiges Glied einer Bekämpfung der Diphtherieepidemie. E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

78) **Holger Mygind. Ueber Unschädlichmachung der Diphtherieinfectionsträger. (Om Uskadoliggörelse of Difteriinfoktionsboerere.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 48. 1909.*

Vier Monate nach der Infection konnte man Diphtheriebacillen im Schlunde nachweisen. Patient hatte vergrösserte Gaumenmandeln und adenoide Wucherungen. Tonsillotomie und Adenotomie wurden vorgenommen und die Bacillen verschwanden nach Verlauf von 8 Tagen. Der Wundverlauf war ganz normal.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

79) **G. H. Black, D. L. Arms, E. M. Wade, W. S. Blanchard. Diphtheriebacillenträger in öffentlichen Schulen. (Diphtheria bacillus carriers in public schools.)** *Journal American Medical Association. 19. März 1910.*

Verff. haben eine Diphtherieepidemie in einem Bezirk von Brighton beobachtet und kommen zu dem Schluss, dass mindestens 1 pCt. aller gesunden Schulkinder Träger von Diphtheriebacillen sind, die in morphologischer Hinsicht durchaus typisch sind. Solche Bacillen sind von einer Person auf die andere übertragbar, sie haben aber gewöhnlich keine oder geringe Virulenz. Es kann zwar vorkommen, dass ihre Virulenz bei einem empfänglichen Individuum sich steigert, so dass es zu einer Erkrankung kommt; jedoch ist dies selten. Die diphtherische Erkrankung wird eher durch virulente Organismen bei immunen Personen, als durch jene nichtvirulente Bacillen acquirirt. Isolation von Trägern nichtvirulenter Bacillen ist eine nutzlose, kostspielige und mühselige Maassregel. Der Versuch, der Diphtherie dadurch vorzubeugen, dass man zu Beginn des Schuljahres Culturen von allen Schulkindern anlegt, scheint nach den Erfahrungen der Verff. nicht ermuthigend.

EMIL MAYER.

80) **J. D. Rolleston. Lähmung nach Recidiven und zweiten Anfällen von Diphtherie. (Paralysis following relapses and second attacks of Diphtheria.)** *Journal of nervous and mental diseases. No. 3. März 1910.*

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 1600 Diphtheriefälle aus dem Grove Hospital. Unter „Recidiv“ wird verstanden das Wiederauftreten der Krankheit nach der Wiederherstellung von der ersten Attacke, während Patient noch nicht aus dem Krankenhause wieder entlassen ist; den Ausdruck „zweiter Anfall“ wendet Verf. auf die Fälle an, bei denen beide Erkrankungen nicht während desselben Krankenhausaufenthaltes sich ereignen. Von den 1600 Fällen hatten 27 (1,6 pCt.) Recidive, von diesen hatten zwei Gaumen- und Augenlähmungen nach der primären Erkrankung, sie zeigten jedoch keinerlei Lähmungserscheinungen nach dem Recidiv; 36 (2,2 pCt.) erkrankten zum zweiten Male. Von diesen hatte einer eine Lähmung nur nach der ersten Erkrankung und drei nach der zweiten Erkrankung. Nur bei einer Patientin — einer 26jährigen Frau — traten sowohl nach der ersten wie nach der 6 Jahre später auftretenden zweiten Erkrankung Lähmungen auf.

An der Hand einer Tabelle weist Verf. nach, dass sowohl die Häufigkeit der Paralysen wie die Mortalität erheblich durch frühzeitige Anwendung von Antitoxin herabgemindert werden kann.

FINDER.

81) **Reynier** (Leysin). **Croup.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 1. p. 80—81. 1910.*

Zwei Fälle von reiner Kehlkopfdiphtherie mit sehr raschem tödtlichen Verlauf.

JONQUIÈRE.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Brandenburg** (Schöneberg). **Ueber die Entstehung der Kehlkopftuberculose.** *Med. Klinik. 17. 1910.*

In der Heimstätte Schöneberg werden zum Unterschiede von Heilstätten Tuberculöse aller Stadien aufgenommen, auch Kehlkopftuberculöse nicht ausgeschlossen. Von 393 tuberlösen Fällen waren 36 mit Larynxtuberculose complicirt, also etwa 9 pCt. Br. hält die Annahme für richtig, dass gerade die vorgeschrittenen Lungentuberculösen am häufigsten an Larynxtuberculose erkranken und erachtet dieses Bindeglied in der Kette der Beweisführung für die Contactinfection als vorhanden.

SEIFERT.

83) **Lubliner. Einfluss der Gravidität auf den Verlauf der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Wplyw ciazy na przebieg gruclicy pluc i krtani.)** *Pamietnik Tow. Lek. Bd. CV. H. IV.*

Nachdem der Verf. die Ansichten verschiedener Kliniker bis zum heutigen Tage über diese so wichtige Frage zusammengefasst hat, giebt er 19 eigene klinische Beobachtungen an, von diesen Kranken sind 12 während ihres Aufenthaltes im Hospital verstorben, 6 haben in hoffnungslosem Zustande das Hospital verlassen, nur bei einer Kranken konnte Verf. eine Besserung constatiren. In der dem Verf. zugänglichen Literatur waren 81 sichere Fälle von Kehlkopf- und Lungentuberculose während der Schwangerschaft angegeben, von denen 60 einen letalen Ausgang genommen haben, bei 18 Fällen sind weitere Schicksale der Kranken unbekannt geblieben und nur bei 9 Fällen konnte man eine Besserung constatiren. So traurige Resultate der Untersuchung und klinischer Beobachtungen veranlassen die meisten Kliniker zur Vornahme des künstlichen Abortus als des sichersten Mittels zur Rettung des Lebens der Frau. Weiter stellt Verfasser die Ansichten vieler Therapeutiker und Geburtshelfer für und gegen diesen operativen Eingriff zusammen und bespricht die Möglichkeit, wie man eine Besserung in dieser so schweren Frauenkrankheit erreichen könnte. Ferner bespricht er die klinischen Erscheinungen der Kehlkopftuberculose und ihre schnelle Erwickelung bei der Gravidität, die Frage der Tracheotomie beim Verlaufe des tuberculösen Processes im Kehlkopfe. Auf Grund eigener Erfahrungen kommt Verf. zum Schlusse, dass je eher die Kehlkopftuberculose bei der Gravidität eintritt, um so schlechter die Prognose ist. Weiterhin überlegt Verf., ob jene Aerzte, die bei einer schwangeren mit Kehlkopf- und Lungentuberculose behafteten Frau einen künstlichen Abortus auszuführen rathen, Recht haben, oder die anderen, die der Ansicht sind, dass man in Ruhe die Niederkunft abwarten soll. Verf. ist der Ansicht, dass man vor allem auf die Rettung des Lebens der kranken Frau bedacht sein soll, unter Aufopferung des Kindes, denn da, wo es sich um die Rettung eines Lebens handelt — des Kindes oder der Mutter —, muss man unbedingt der Mutter den Vorrang lassen. Auf Grund eigener Erfahrungen gelangt Lubliner zu der Ansicht, dass man den Abortus artificialis bei Frauen vornehmen soll, die mit Kehlkopf- und Lungentuberculose behaftet sind, und zwar nach Feststellung der ersten Erscheinungen der Kehlkopftuberculose, denn jeder einzelne Tag ist für

das Leben der Mutter wichtig. In aller Kürze giebt Verf. weiter die Ansichten von Geburtshelfern und Internisten über den künstlichen Abortus im Verlaufe von Herz-, Nieren- und Uteruskrebs, sowie nervösen und psychischen Krankheiten an und citirt die Ansichten der Gesetzgeber der verschiedenen Staaten. Am Schlusse bespricht Verf. die Frage, auf welche Weise man die Gravidität bei mit Kehlkopftuberculose behafteten Frauen unterbrechen soll und zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse:

1. Zur Pflicht des Arztes gehört es, jede mit Tuberculose behaftete Frau vor der Schwangerschaft zu warnen.

2. Wenn eine an Lungentuberculose leidende Frau schwanger wird, so soll man ihr freien Willen lassen, ob sie einen künstlichen Abortus wünscht oder nicht. Wenn man dagegen die ersten Erscheinungen der Kehlkopftuberculose feststellen kann, so soll man die Schwangerschaft unbedingt unterbrechen.

3. Bei jedem Falle von Kehlkopf- und Lungentuberculose sollen bei eingetretener Schwangerschaft die Aerzte (Internisten, Laryngologen, Geburtshelfer) zusammenkommen und die Frage entscheiden.

4. Bei schweren und trostlosen Fällen soll der Arzt keine Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft mehr anwenden, weil das zu keinem Ziele führt und das so wie so schon baldige Ende der Kranken nur beschleunigt.

5. Die Unterbrechung der Schwangerschaft darf in ihren letzten Stadien nur als eine indicatio vitalis stattfinden, obwohl man auch ohne dieselbe sicher wäre, dass die Kranke sterben wird.

6. Die definitive Entscheidung dieser Frage muss man der Kranken selbst und dem Hausarzt überlassen.

An der Discussion, die nach diesem interessanten Vortrage stattfand, nahmen einige Geburtshelfer, Internisten, Laryngologen, wie A. v. Sokolowski (siehe Autoreferat unten) und Srebrny Theil. Letzterer behauptet, dass die traurigen Schlüsse Lubliner's uns keine genaue Uebersicht über die diesbezügliche Frage geben, da sein Material sich lediglich auf Hospitalskranke, und zwar ausschliesslich auf ganz trostlose Fälle bezog.

A. v. SOKOLOWSKI.

84) **A. v. Sokolowski. Lungen- und Kehlkopftuberculose und Gravidität. (Wplyw ciazy na przebieg gruzlicy pluc i krtani.)** *Pamietnik Tow. Lekarskiego. Bd. CV. Heft IV.*

Der Verf. bespricht in einem in der Warschauer medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage diese Frage und kommt zu dem Schlusse, dass, obwohl im Grossen und Ganzen die Fälle der Kehlkopftuberculose mit Gravidität complicirt einen fatalen Ausgang nehmen, doch auch Fälle mit günstigem Verlauf vorkommen, was Verf. an zwei in den letzten Jahren beobachteten Fällen illustrirt. Am Schlusse bespricht er die Indicationen zur Vornahme des künstlichen Abortes bei verschiedenen Formen und Stadien der Lungentuberculose und warnt vor leichtfertiger Vornahme dieses operativen Eingriffes, besonders bei beginnender Gravidität, wie auch bei der simulirten Lungentuberculose.

Diese Arbeit wurde ausführlich in deutscher Sprache in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihrer Grenzgebiete 1910, No. 6, veröffentlicht.

AUTOREFERAT.

85) **A. v. Sokolowski. Ein Fall von Lupus laryngis bei einem 19jährigen Manne. (Wilk krtani u 19-letniego wiesniaka.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Der Kranke hatte seit 4 Jahren auf der linken Wange ein Geschwür, das in letzterer Zeit zu heilen begann. Er ist seit längerer Zeit heiser und hat keine Schlingbeschwerden. Laryngoskopisch wurde bedeutende Verdickung und Zusammenschrumpfungen der Epiglottis entdeckt. Die anderen Kehlkopftheile waren normal; im Auswurfe wurden keine Koch'schen Bacillen nachgewiesen, doch die Moro'sche Reaction fiel positiv aus. Verf. betont die Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung bei Lupuskranken, wenn sie auch keine verdächtigen Erscheinungen im Kehlkopf aufweisen. AUTOREFERAT.

86) **Boenninghaus** (Breslau). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern?** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 471. 1909.*

Bei einer 60 jährigen Patientin mit Struma maligna musste der rechte Recurrens freipräparirt werden. Sobald man den Nerven mit einem Tupfer oder der Pincette drückte, schrie die sonst ruhige und verständige Patientin vor Schmerz auf. Diese Beobachtung spricht nach B. für die Auffassung, dass der menschliche Recurrens sensible Fasern führt.

Für die Sensibilität des Recurrens spricht nach B. auch der Umstand, dass die Luftröhre des Menschen, die im Halstheil vom Recurrens versorgt wird, in hohem Grade sensibel ist (beim Luftröhrenschnitt heftiger Hustenanfall bei Einführen der Canüle in die Trachea).

B. prüfte bis heute 4 Fälle einseitiger peripherer Recurrenslähmung auf die Sensibilität des Larynx. Er fand im Gegensatz zu Massei keine Herabsetzung der Sensibilität. Aus diesem negativen Resultat will aber B. nur den Schluss ziehen, dass der Recurrens des Menschen dem Kehlkopf sensible Fasern nicht zuführt, nicht aber, dass der Recurrens überhaupt solche nicht besitzt.

Nach B. sprechen auch die klinischen Beobachtungen nicht ernstlich gegen die Auffassung von der gemischten Natur des Recurrens. OPPIKOFER.

87) **Przygoda. Ein Fall von doppelseitiger Posticuslähmung nach überstandenem Abdominaltyphus. (Przypadek obustronnego porazenia nerwu zwrotnego w przebiegu tyfusu brzusznego.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Der Kranke wurde tracheotomirt, später dilatirt, wonach eine bedeutende Besserung eintrat. A. v. SOKOLOWSKI.

88) **Tommaso Mancioli. Der Kehlkopf bei Läsionen des Recurrens. (La laringe nelle lesioni del ricorrente.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Diese ungemein fleissige und ausführliche Arbeit, die 135 Seiten umfasst, behandelt die Anatomie und Physiologie des Recurrens, das Verhalten der Glottis bei experimentellen Verletzungen des Recurrens — wobei eine Anzahl eigener Untersuchungen des Verf.'s mitgetheilt werden —, ferner die Aetiologie und Pathogenese der pathologischen Läsionen des Recurrens, sodann deren Symptomatologie und Diagnose, schliesslich die pathologische Anatomie. Das letztere Capitel ist

durch eine Anzahl eigener experimenteller Untersuchungen des Verf.'s bereichert. Den Anhang bildet eine Casuistik von 20 Fällen.

FINDER.

89) **Guido Egidi. Fälle von einseitiger familiärer Lähmung nucleären Ursprungs des Kehlkopfs, des weichen Gaumens und der Zunge. (Casi di paralisi unilaterali familiari della laringe, del palato molle e della lingua d'origine nucleare.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Verf. berichtet über drei Fälle. die alle Mitglieder derselben Familie betrafen. Es handelte sich um eine 49jährige Frau mit Avellis'schem Symptomencomplex, deren 20jährige Tochter, ebenfalls mit Lähmung des Kehlkopfes, der Zunge und des Gaumensegels, und eine 16jährige Tochter mit halbseitiger Lähmung des Gaumensegels.

Alle drei Patientinnen scheinen die Affection im jugendlichen Alter acquirirt zu haben. Der Verlauf ist ein sehr langsamer; die Patientinnen sind sich ihres Leidens lange Zeit nicht bewusst geworden.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine langsam progressive Atrophie der grauen Substanz des Bulbus handelt, die das Eigenthümliche hat, auf die motorischen Kerne des Vagus und auf den Hypoglossuskern der einen Seite beschränkt zu bleiben.

FINDER.

90) **Giulio Martuscelli. Recurrenslähmung und Anästhesie des Vestibulum laryngis. (Paralisi del ricorrente ed anestesia del vestibolo laringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1910.*

Verf. legt sich folgende Fragen zur Beantwortung vor: 1. Findet man bei einer Compression des Recurrens stets eine Anästhesie des Larynxeingangs? 2. Wird diese Anästhesie durch eine Veränderung des Recurrens selbst bedingt oder durch eine solche des Laryngeus superior? 3. Wie kommt die Anästhesie zu Stande? Durch eine Neuritis descendens oder ascendens? 4. Bis zu welchem Punkte des Stammes geht die Läsion des Recurrens?

Als Versuchsthiere wählte Verf. Hunde. Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurde auf die Recurrentes so weit unten wie möglich ein Druck dadurch ausgeübt, dass gut sterilisirte Laminariastückchen direct gegen den Nervenstamm gelegt und in ihrer Lage durch zwei Seidenknoten festgehalten wurden. Die Untersuchungen auf die Sensibilität des Larynx wurden nur bei den ersten Versuchen am chloroformirten, dann aber immer am wachen Thiere gemacht. Die Thiere wurden nach zwei Monaten bis zu einem Jahre getödtet.

Es ergab sich:

1. Die Compression führt ausser zur Lähmung des Stimmbandes der entsprechenden Seite zu Veränderungen nicht nur im Stamm des betreffenden Nerven, sondern solchen, die sich bis zum Ganglion plexiforme erstrecken. In diesem Ganglion finden sich immer Veränderungen sowohl der Fasern, wie der Zellen, die entsprechend denen am Recurrens mehr oder weniger beträchtlich sind.

2. Man fand stets eine Degeneration der Fasern des Laryngeus superior, beginnend in der Nähe des Ganglion bis zu ihren Endigungen am Kehlkopf.

3. Bei den Versuchsthieren fand sich als Begleiterscheinung der Lähmung eine Anästhesie des Larynxeingangs.

4. Resecirt man den Recurrens, so beobachtet man — wenigstens in der ersten Zeit — keine Anästhesie des Larynxeingangs; es bestätigt dies die Thatsache, dass diese allmählich auftritt, wenn infolge Wirkung der Compression die oben beschriebenen Veränderungen im Stamm des Recurrens, im Ganglion nodosum und im Laryngeus superior sich entwickeln.

Verf. erklärt die Anästhesie durch eine descendirende Neuritis als Folge einer ascendirenden Neuritis, die vom Ganglion sich auf den Kehlkopf ausgebreitet hat.

FINDER.

91) **W. F. Chennery. Fall von Lähmung des linken Stimmbandes infolge eines peritrachealen Tumors. (A case of paralysis of the left vocal cord caused by peritracheal tumor.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Es handelte sich um ein peritracheales Epitheliom EMIL MAYER.

92) **Richard H. Johnston** (Baltimore). **Die directe Untersuchung des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. bedient sich des von ihm modificirten Jackson'schen Speculums und empfiehlt die directe Laryngoskopie als eine wundervolle Hülfe in allen krankhaften Processen des kindlichen Kehlkopfes.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **T. Toyofuku** (Japan). **Zur Kenntniss der Fremdkörper in den grossen Luftwegen.** *Mit 2 Textfiguren. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 10. 1909.*

Fall I. Krankengeschichte und Obductionsbefund eines 4jährigen Kindes, das einer „gangränescirenden Pneumonie des Mittel- und Unterlappens der rechten Lunge nach Verschluss der beiden Hauptbronchien durch eine Kaffeebohne“ erlag. Der Fremdkörper war intra vitam nicht diagnosticirt worden.

Fall II. Die Section eines älteren, eine Trachealcanüle tragenden Mannes ergab eine vollkommene Obturation des Lumens beider Hauptbronchien und der untersten Trachea durch einen in vielfache Windungen gelegten Gazetupfer. Autor vermuthet, „dass der Tupfer, der wahrscheinlich zwischen den Rand der Tracheotomieöffnung und Canüle zunächst etwas hineinhing, anscheinend während der Nacht durch Aspiration immer tiefer hineingerieth und schliesslich durch eine kräftige Inspiration mit grosser Gewalt in die beiden Hauptbronchien gezogen wurde“. Die vollständige Obturation der Luftwege hatte dann eine rasche Erstickung zur Folge. HECHT.

94) **Albrecht** (Halle). **Die directe Larynge-Tracheo-Bronchoskopie und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

Ueberblick über die Leistungen der directen Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie. Die Anästhesirung führt Albrecht, soweit sie sich auf den Kehlkopf bezieht, durch Leitungsanästhesie der versorgenden Nerven aus. SEIFERT.

95) **Sebileau** und **Lemaitre** (Paris). **Gegenwärtiger Stand der Broncho-Oesophagoskopie. (État actuel de la broncho-oesophagescopie.)** *Presse Médicale. 15. Januar 1910.*

Allgemeine Uebersicht. Verff. wenden das Instrumentarium von Brünings an.

GONTIER de la ROCHE.

96) **Adalbert Heindl** (Wien). **Beiträge zur directen Tracheo-Bronchoskopie und zur Stenosenlehre der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsbefundes eines Falles von theils verknöcherter, theils cystisch degenerirter Struma, an deren unteren Pol sich ein hühnereigrosser, cystischer Adenomknoten anschloss, der die vordere Wand der Trachea eindrückte, während die hintere Wand der Trachea von links rückwärts her in ihrem oberen Antheile gleichfalls vorgebuchtet war. Die indirecte Tracheoskopie hatte nur in der Gegend des dritten Trachealringes eine Stenosirung der Trachea von links rückwärts her, durch einen kleinnussgrossen, mit normaler glatter, gut vascularisirter Schleimhaut bedeckten Tumor ergeben. Die Tracheoskopie liess den Tumor gut einstellen; durch einen unglücklichen Zufall wurde die Lichtzufuhr unterbrochen. Es trat eine plötzliche Stenose mit Asphyxie ein, die durch starkes Vorziehen des Larynx und Trachea vom Munde aus bis zur Vollendung der Tracheotomie behoben werden konnte. In der Folge traten mehrfach Nachts, trotz Wegsamkeit der Luftwege, dyspnoische Anfälle ein. Vier Monate nach der Tracheotomie erliegt Patient in der Nacht einem dyspnoischen Anfalle unter den Zeichen eines Lungenödems. Die Ursache dürfte wohl auf die bestehende Myodegeneratio cordis zurückzuführen sein. In seinen Schlussfolgerungen weist Autor auf die Nothwendigkeit hin, bei derartigen Untersuchungen vorher alles zur Tracheotomie vorzubereiten, besonders bei Trachealstenosen; er erinnert an die Möglichkeit einer Erweichung der Trachealwand, sowie an die möglichen Volumsveränderungen bei cystischen oder blutreichen Geschwülsten durch Druck und Zug etc. Bei Zunahme der Stenose während der Untersuchung muss das Rohr tiefer geführt werden und bis zur Beendigung der Tracheotomie liegen bleiben.

HECHT.

97) **A. Greidenberg. Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. (K kasuistike inorodnich tel w gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. 1909.*

Mittheilung über zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf (Nadel und Theile des Gebisses).

P. HELLAT.

98) **Guisez. Die Indicationen der Broncho-Oesophageskopie. (Les indications de la broncho-oesophagescopie.)** *Presse Médicale. No. 21. 1910.*

Man würde sich täuschen, wenn man in diesem für den allgemeinen Practiker geschriebenen Artikel eine wissenschaftliche Behandlung des Indicationsgebietes der neuen endoskopischen Methode erwartet. Guisez zieht es vor, der Reihe nach die Erfolge anzuführen, die er in der Praxis Dank dieser neuen Methode erzielt hat. Neue Indicationen stellt er nicht auf. Hingegen erwähnt er zwei Instrumente, die er hat anfertigen lassen, und zwar einen Knochen-

zertrümmerer und einen Nadelfänger, die ihm gute Dienste geleistet haben. Interessant ist auch, dass Guisez in 5 Fällen, wo sich um einen Fremdkörper im Oesophagus Eiter gebildet hat, er nach Extraction des Fremdkörpers den Abscess gespalten und so Heilung erzielt hat. Guisez verspricht eine baldige Veröffentlichung über die Behandlung der Bronchiectasie.

LAUTMANN.

99) **O. Chiari** (Wien). **Ueber zwei Fälle von Fremdkörpern, welche mehrere Jahre nach ihrem Eindringen bronchoskopisch entfernt wurden.** *Mit 4 Textfiguren und 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1910.*

Mittheilung beider Krankengeschichten nebst epikritischen Erörterungen:

Bei dem ersten Falle handelte es sich um eine kleine Prothese aus Hartkautschuk mit zwei Zähnen, die 7 Jahre im rechten Hauptbronchus der Patientin gelegen hatte; die Umgebung des Fremdkörpers im Hauptbronchus war durch reichliche Granulationen verengert.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen 4jährigen Knaben, der zwei Jahre lang eine Papierheftklammer mit $4^1/_2$ cm langen und $^1/_3$ cm breiten weichen, biegsamen Branchen im rechten Hauptbronchus hatte und an einer profusen, eitrig-fötiden Bronchitis litt.

Beide Fremdkörper wurden per vias naturales extrahirt und kamen die Pat. zu vollkommener Heilung.

Chiari empfiehlt zur Entfernung der Schleim- und Eitermengen vor der bronchoskopischen Untersuchung das „Umleeren des Patienten" durch Aufdenkopfstellen des Patienten.

Chiari verwendet zur Bronchoskopie die Brüningsschen Vorschieberöhren und Zerstäuber, sowie das Kahler'sche Panelektroskop.

HECHT.

100) **Joseph Cohen** (Mülheim a. Rh.). **Extraction einer Bohne aus dem linken Bronchus auf bronchoskopischem Wege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2125. 1908.*

20 Tage nach der Aspiration Extraction des Fremdkörpers (eine gequollene Bohne, 19 × 10 mm) von der Tracheotomiewunde aus mit Hülfe des Brünings'schen Instrumentariums. — Anhangsweise berichtet Verf. über einen Fall, im dem ein abgebrochenes Tabakspfeifenmundstück nach zweijährigem Verweilen spontan ausgehustet wurde.

ZARNIKO.

101) **Edm. Meyer** (Berlin). **Fall eines bronchoskopisch entfernten Fremdkörpers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2063. 1908.*

Auch in diesem Falle bewährte sich das Brünings'sche Instrumentarium vortrefflich zur Erkennung und Entfernung eines ca. 32 cm von den Schneidezähnen entfernt im Bronchialbaum über 5 Wochen lang festsitzenden Fremdkörpers (Zahnkappe mit Goldzahn). Bei einem der Extractionsversuche brach der eine Zangenlöffel ab, wurde aber durch einen heftigen Hustenstoss glücklicherweise herausgeschleudert.

ZARNIKO.

102) **Chiari. Fremdkörper im Bronchus.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 26. November 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1909.*

1. Metallene Papierheftklammer mit 4 cm langen Branchen, vor 2 Jahren aspirirt, aus dem rechten Hauptbronchus mit der oberen Bronchoskopie in liegender Stellung und in allgemeiner Narkose extrahirt.

2. Hartgummiplatte mit zwei Zähnen, vor 7 Jahren aspirirt, mittelst der oberen Bronchoskopie unter Localanästhesie aus dem rechten Hauptbronchus entfernt.

HANSZEL.

103) **Sebileau** und **Lemaitre. Fremdkörper der Bronchien, sechs Monate lang und nach zweimaliger bronchoskopischer Untersuchung für eingebildet gehalten. Extraction mittels des Brünings'schen Instruments. Heilung. (Corps étranger des bronches considéré pendant six mois et après deux explorations bronchoscopiques comme un corps étranger fantome. Extraction à l'aide des instruments de Brünings. Guérison.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 26. Februar 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

104) **Chevalier Jackson. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Bronchoscopy and Esophagoscopy.)** *Journal American Medical Association. 25. September 1909.*

Die Thatsache, dass in einer Arbeit 105 Todesfälle infolge Fremdkörper der oberen Luftwege oder infolge missglückter Versuche zu ihrer Entfernung berichtet wurden, legt die Nothwendigkeit nahe, das ärztliche Publicum immer wieder auf die Vortheile und Fortschritte der Bronchoskopie und Oesophagoskopie hinzuweisen.

Verf. berichtet über Fälle, die illustriren, wie gefährlich die Unkenntniss dieser Dinge ist: In einem Falle war eine Feder verschluckt worden und Patient starb infolge einer Entzündung, die durch blindlings ohne Zuhülfenahme des Oesophagoskops unternommene Extractionsversuche hervorgerufen wurde. In einem anderen Falle führte ein hervorragender Chirurg die Thoracotomie aus, die schnell tödtlich verlief; bei der Autopsie fand man den Fremdkörper — eine Glasperle — im linken Bronchus. Verf. hat die Oesophagoskopie in 41 Fällen benutzt; in allen bis auf einen mit Erfolg. Diese Ausnahme bildete ein gebogener spitzer Haken, der die Gewebe durchbohrt hatte und nicht entfernt werden konnte; er ging dann in den Pleurasack über, machte einen Abscess und konnte mittels Thoracotomie sicher entfernt werden. Verf. hat 92mal die Tracheo-Bronchoskopie wegen Fremdkörper vorgenommen, die unterhalb der Glottis sassen; nur in 4 Fällen wurden diese nicht entfernt. Kein Todesfall war zu verzeichnen, so lange die Patienten unter Beobachtung standen. Verf. hat in über 300 Fällen die Röhrenuntersuchung gemacht; nur zwei von diesen verliefen tödtlich, und zwar infolge der ursprünglichen Krankheit, nicht infolge Anwendung der Instrumente.

Zur Oesophagoskopie bei Kindern verwendet Verf. kein Anaestheticum, bei Erwachsenen ist die Anwendung eines solchen von Nutzen, aber nicht wesentlich.

Jackson beschreibt ausführlich seine Instrumente und die Technik seiner Operation.

EMIL MAYER.

105) **Joseph C. Beck. Fremdkörper im linken Bronchus. (Foreign body in the left bronchus.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es handelte sich um einen $3^1/_2$jährigen Knaben, der zufällig ein Mignonglühlämpchen aspirirte. Der Fluorescenzschirm zeigte den Fremdkörper auf der linken Seite zwischen 6. und 7. Rippe nahe dem Sternum. Ein Versuch, den Fremdkörper mittels des Jackson'schen Instruments aufzufinden, misslang. Am nächsten Tage wurde tracheotomirt; durch die Tracheotomiewunde wurde das Brünings'sche Rohr eingeführt. Man kam auf den Fremdkörper, der mittels einer Sonde gelockert und dann ausgehustet wurde. EMIL MAYER.

106) **E. Botella. Fremdkörper im linken Bronchus, durch Bronchoskopie entfernt. (Corps étranger de la brenche gauche extraite par bronchoscopie.)** *Arch. Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 2 1910.*

Patient war ein 11jähriger Knabe; der Fremdkörper, eine Hollundermarkröhre, wie sie zu kleinen Pfeifen benutzt werden. Wiederholte bronchoskopische Versuche. Die Entfernung gelingt endlich mittels unterer Bronchoskopie in localer Anästhesie. Sitz des Fremdkörpers im linken Bronchus. LAUTMANN.

107) **D. W. Rudgers. Fremdkörper in der Trachea; Bericht über einen Fall. (Foreign body in the trachea; report of a case.)** *Journal of the Minnesota State Medical Association and The Northwestern Lancet. 1. Mai 1909.*

Es handelte sich um eine knöcherne Cigarrenspitze, die ein 4jähriges Kind in den rechten Bronchus aspirirt hatte. Entfernung mittels einer Zange von der Tracheotomiewunde aus. EMIL MAYER.

108) **Botey** (Barcelona). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. (Des casos de cuerpo extrano bronquial.)** *Revista de Medicina y Cirurgia Prácticas. No. 1068. 1909.*

I. Kalbsknochen (10×7×8 mm), 35 cm von den Zähnen entfernt im rechten Bronchus; Extraction durch Bronchoscopia superior mit Brünings'schem Instrumentarium.

II. Stück von einem Tannenzapfen (10×15 mm) am Eingang des rechten Bronchus bei einem 7jährigen Kinde; Extraction mittels Bronchoscopia inferior.

TAPIA.

109) **Otto Franck** (Frankfurt a. M.). **Tracheotomia transversa.** *Mit 6 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Rückblick auf die Geschichte der Tracheotomie und die Entwickelung des Hautschnittes, Besprechung der Nachtheile des Längsschnittes in operativer, therapeutischer und kosmetischer Hinsicht und etwaiger späterer Complicationen. Schilderung der Vorzüge der Tracheotomia transversa, bei der sowohl Haut- wie Trachealwunde quer angelegt werden, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss. Die zur Zeit in der Rehn'schen Klinik geübte Methode der Tracheotomia transversa ist folgende: „4—5 cm langer Querschnitt hart auf die Cartilago cricoidea unter Anheben einer Längsfalte. Beim Zurückbeugen des Kopfes klafft die untere Wundlippe im Allgemeinen weiter als die obere, so dass

die Topographie der subcricoidalen Halspartie vorliegt. In der Mitte der Linea albicans colli, rechts und links oder auch singulär von den Venae med. colli begleitet. Einritzen der Linea albicans in der ganzen freiliegenden Partie und stumpfes Auseinanderdrängen der Musculatur bis zum Isthmus. Leichtes Anziehen des Isthmus mit dem linken Zeigefinger und querer Einschnitt in die Trachea hart unterhalb der Circumferenz der Cricoidea. Die sofort klaffende Trachealwunde wird rechts und links bis zum queren Durchmesser erweitert. Nach Einführung der Canüle wird die Hautwunde beiderseits durch Knopfnähte verschlossen. Ausser dem Scalpell bedarf es bis zur Einführung der Canüle keines weiteren Instrumentes."

„Die Quertracheotomie bietet zusammengefasst folgende Vorzüge:

1. Bezüglich der Operation: klare Topographie, peinliche Gefässschonung ohne Isthmusverschiebung, spontan klaffende Trachealwunde und Entbehrlichkeit aller Instrumente mit Ausnahme des Messers.

2. Bezüglich des Resultates: primäre Wundheilung, Erhaltung des Trachealrohres, unsichtbare, nicht eingezogene Hautnarbe, voraussichtlich ohne Spätfolgen."

HECHT.

110) **Chevalier Jackson. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Verf. plaidirt dafür, dass folgende Punkte sorgfältig beachtet werden: Der Hustenreflex soll nicht durch Narcotica oder Sedativa unterdrückt werden; es soll bedachtsam in der Mittellinie vorgegangen werden mit sorgfältiger Blutstillung; die Nachbehandlung soll sorgfältig sein und die Verbände öfter gewechselt werden; im Moment, wenn die Trachea geöffnet ist, wende man die Trendelenburg-Rose'sche Lage an. Von 100 Tracheotomirten des Verf.'s wurden 86 gesund. In 10 Fällen trat der Tod als Folge der Erkrankung ein, die Tracheotomie erforderlich machte; in drei Fällen war die Tracheotomie selbst Todesursache.

EMIL MAYER.

111) **Tóvölgyi** (Budapest). **Ueber vereinfachte tracheale Injectionen in der Landpraxis.** *Orvosok lapja. No. 52. 1909.*

Verf. empfiehlt die H. Mendel'sche Methode, welche darin besteht, dass die Injectionsflüssigkeit bei hervorgezogener Zunge auf die hintere Rachenwand gespritzt wird.

v. NAVRATIL-POLYAK.

f. Schilddrüse.

112) **Blauel** (Tübingen). **Zur Aetiologie des Kropfes.** *Mit 3 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1910.*

Unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen kommt B. zum Schluss, dass „die Vermittlerrolle des Trinkwassers für die Entstehung des Kropfes nicht mehr bezweifelt werden könne und dass als die Ursprungsstelle des kropferzeugenden Stoffes nur der Boden in Frage kommen könne, welchem das Wasser entspringt". Autor begründet nun die bei seinen Untersuchungen als zweckmässig vorgenommene Trennung der Kropfträger mit ausgesprochenen Herzerscheinungen von denen ohne solche und berichtet über die

neueren von Hofmeiser ihm zur Verfügung gestellten Beobachtungen, sowie über seine eigenen, die ein Gesammtmaterial von 515 Kropfkranken umfassen. Seine sowohl nach rein territorialen Gesichtspunkten, wie auch unter Berücksichtigung der geologischen Formationen zusammengestellten Statistiken führen in ätiologischer Beziehung hinsichtlich der complicirenden Herzstörungen zu einem negativen Ergebniss.

HECHT.

113) **Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Schilddrüse und Epilepsie.** *Med. Klinik. 18. 1910.*

Die Beobachtung des Verf.'s an einem 9jährigen Mädchen zeigt, dass es Fälle von Epilepsie giebt, welche durch Thyreoidin fast ganz geheilt werden, weil sie im Wesentlichen eine Theilerscheinung von Schilddrüsenschwäche sind. Durch die Thyreoidinzufuhr hat sich die dadurch entlastete Schilddrüse besser entwickelt und ist gewachsen.

SEIFERT.

114) **Binet** und **Henlly. Zwei Fälle von Strumitis suffocans acutissima mit tödtlichem Ausgang. (Deux observations de strumites suffocantes suraigues mortelles.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVII. No. 2.*

Eine 23jährige kräftige Frau, die ihre Struma mit leichten Beschwerden seit ihrem 16. Jahre trug, wird im 5. Schwangerschaftsmonate stark dyspnoisch. Die Schwangerschaft geht zu Ende, die Entbindung wird wegen hochgradiger Cyanose der Mutter mit der Zange beschleunigt. In den nachfolgenden Tagen ist ausser einer leichten Bronchitis nichts Besonderes zu constatiren. Eine Woche nach der Entbindung jedoch zeigt sich eine solche Dyspnoe (es ist nicht gesagt, ob diese plötzlich entstand), dass man die Patientin tracheotomiren musste. Danach neuerdings Beruhigung und dann 6 Tage später Exitus. Bei der Autopsie findet man eine colossale Hypertrophie der beiden Schilddrüsenlappen, jedoch nirgends Vereiterung der Drüse. Offenbar war die Trachea comprimirt in der Ausdehnung von vier Trachealringen. Der rechte Recurrens ist vom unteren Theil der Struma überdeckt, links ist der Recurrens frei. Auf dem Durchschnitt erscheint die Drüsensubstanz normal. In der Lunge fand sich ein bronchopneumonischer Herd. Dieser Fall scheint uns auch eine andere Erklärung zuzulassen, als die von den Autoren im Titel angedeutete.

Schwieriger erklärt sich der zweite Fall, einen 53jährigen Mann betreffend, bei dem innerhalb 12 Stunden eine solche Schwellung der vorher kaum sichtbaren Struma (nussgrosser Knoten) eintrat, dass der Patient erstickte. Bei der Autopsie fand sich nichts Pathologisches, als eine enorm geschwollene Schilddrüse. Beide Lappen hatten über Faustgrösse, jeder trug eine mit grauer Flüssigkeit gefüllte Cyste. Aetiologisch konnte nur eine 6 Tage vorhergegangene Angina eruirt werden. Auch hatte der Patient einige Wochen vorher die Amputation eines Fingers überstanden.

LAUTMANN.

115) **Goris. Demonstration zweier constringirender Strumen. (Présentation de deux goitres constricteurs.)** *Journal de chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 5 u. 6. 1909.*

In der belgischen chirurgischen Gesellschaft zeigt G. zwei comprimirende Stru-

men und eine Operirte vor. Man erkennt genau den Abdruck der Trachea auf der hinteren Seite der Tumoren. In dem einen Fall war die Trachea von vorn nach hinten abgeplattet, anstatt wie gewöhnlich von der Seite her (zweiter Fall).

BAYER.

116) **Kocher** (Bern). **Zur Frühdiagnose der Basedow'schen Krankheit.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1910 und Nobelpreis-Conferenz 11. December 1909.*

Der berühmte Verfasser hebt hervor, dass bei Basedow Exophthalmus fehlen kann und dass der Tremor ein ebenso wichtiges Symptom sei. Er erklärt es als ausserordentlich wichtig, einigen Frühsymptomen, die ziemlich lange vor allen anderen erkennbar seien, nämlich gewissen Zeichen an den Augenlidern, Beachtung zu schenken. Vorerst nennt Kocher als unbekanntes anatomischer Substrat des Exophthalmus den Lundström'schen Muskel, der als quergestreifter Muskel in Form eines unvollständigen Cylindermantels am frontalen Aequaetor des Augapfels entspringt und allseitig vom Septum aus nach vorn zum oberen Orbitalrand (?) läuft. Er muss den Musculis rectis entgegenwirken und den Bulbus nach vorne ziehen.

Unter den Lidsymptomen ist das wichtigste dasjenige von Stellwag oder Dalrymple und das andere Symptom Stellwag's „des seltenen Lidaufschlags". Ersteres besteht in einem constanten kräftigen Spasmus des Levator palpebrae sup., der das Lid so stark zurückzieht, dass man oberhalb der Cornea das Weisse der Sclera sieht, was dem Auge einen besonderen unheimlichen Ausdruck giebt. Kocher fand, dass die Lidsymptome am deutlichsten auftreten, wenn man einen Gegenstand fixiren lässt und denselben sehr rasch auf und ab bewegt. Der dabei auftretende starke Lidspasmus tritt vor dem Exophthalmus als Frühsymptom auf und ist von dem Grade desselben nicht abhängig. Der Spasmus kann aber auch bei stark ausgeprägtem Glotzauge fehlen. Die Erklärung der Lidspasmen ist noch keine einheitliche. Es kommt dabei tonischer Krampf des Müller'schen Muskels, des Levator palpebrae und des Lundström'schen Muskels, der noch nicht ganz studirt ist, in Betracht. Kocher würde es begrüssen, wenn eine einzige Ursache derselben in abnormen Erregungen organischer Muskeln durch sympathische Nervenfasern infolge Hyperthyreoidisation festgestellt würde, um das noch herrschende Dunkel in der Beurtheilung der Augensymptome bei Basedow aufzuhellen.

Auch das andere wichtige Frühsymptom, die Tachycardie, wird sich durch Sympathicuserregung am besten erklären. Das Herz leidet dabei nicht immer und meistens erst nachträglich mit. Jedenfalls sollte bei augenfälliger Tachycardie an Basedow gedacht werden, besonders wenn sich Digitalis gegen dieselbe als ohnmächtig erweist.

Unter den Symptomen von Seiten der Schilddrüse ist die Druckempfindlichkeit derselben, sowie die relative Häufigkeit von Gefässgeräuschen in derselben hervorzuheben.

Das Blut ergiebt eine constante Abnahme der weissen Blutkörperchen bis auf die Hälfte und eine verlangsamte Gerinnungsfähigkeit im Gegensatz zum Myxödem.

Kocher räth als einzige Behandlungsweise die Beseitigung der kranken

Schilddrüse, und zwar in möglichst frühem Stadium, wo die Prognose zur Heilung des Basedow und der Operation selbst viel günstiger sei.

Kocher verwirft die Theorie von einer allgemeinen Neurose vollständig und er wird, gemäss den Erfolgen seiner Therapie, unzweifelhaft für die Mehrzahl der Fälle vollkommen Recht haben, vielleicht aber doch eine gewisse Zahl der Basedowfälle seiner bedeutenden Gegnerschaft unter den inneren Klinikern überlassen müssen.

Für uns Laryngologen ist die Frühdiagnose des Basedow wichtig genug, um ein eingehendes Referat über Kocher's Publicationen zu rechtfertigen.

JONQUIÈRE.

117) **Wunder** (Wolfstein). **Ueber die Wirkung von Sauerstoff-(Ozet)-Bädern auf den Stoffwechsel bei Basedow-Krankheit.** *Med. Klinik. 17. 1910.*

Nach jedem Sauerstoffbade wird die Harnstoffausscheidung herabgesetzt und gewöhnlich auch die Ausscheidung von Salzen (Elektrolyten) im Harn erhöht, mit letzterer geht gleichzeitig die Harnmenge in die Höhe.

SEIFERT.

118) **T. H. Jacobson. Primäre doppelseitige Unterbindung der oberen Pole der Schilddrüse bei Basedow'scher Krankheit. (Primary bilateral ligation of the upper poles of the thyreoid gland for ophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 27. November 1909.*

Unterbindung beider Pole der Schilddrüse wirkt zunächst dadurch, dass der Blutzufluss zur Drüse vermindert und so deren Activität unmittelbar herabgesetzt wird, zweitens, indem die Drüsensecretion direct vermindert und ihr Eintritt in den Kreislauf auf dem Wege der hauptsächlichen Lymphgefässe, die an den oberen Polen der Drüse austreten, verhindert wird, drittens, indem eine Atrophie der Drüse die Folge wird. Die „Polunterbindung" ist viel leichter als die Unterbindung der Schilddrüsengefässe und kann denselben Effect haben, wie die partielle Thyreodectomie. Durch den Eingriff wird die Blutversorgung der Parathyroiddrüsen nicht beeinträchtigt oder der Nervus recurrens gefährdet. Theoretisch betrachtet sollte die Polunterbindung die einfache Unterbindung der Schilddrüsengefässe bei Basedow'scher Krankheit und in vielen Fällen die partielle Thyreodectomie ersetzen können. Als präliminarer Eingriff vor der partiellen Thyreodectomie bei Morbus Basedow hat die Operation grossen Werth; sie ist ungefährlich und giebt in geübten Händen keine Mortalität.

LEFFERTS.

119) **Joseph Rilus Eastman. Polunterbindung bei Basedow'scher Krankheit. (Polar ligation in ophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 19. März 1910.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Operation von Erfolg begleitet war. Der Puls ging zurück, der Tremor liess nach und das Stellwag'sche Symptom war nicht mehr nachweisbar. Die Schilddrüse hat an Grösse abgenommen.

Der Fall scheint zu Gunsten der von Stamm und Jacobson empfohlenen Methode zu sprechen.

EMIL MAYER.

120) **E. Weill. Ichthyosis und Schilddrüse. (Ichthyosis and the thyreid body.)** *N. Y. Medical Record. 20. November 1909.*

Verf. glaubt, dass man manche Fälle von Ichthyosis auf eine mangelhafte Function der Schilddrüse zurückzuführen sind. Verf. führt zwei Fälle an, die dafür sprechen. In manchen Fällen findet sich bei Ichthyosis ein Mangel oder tiefgreifende Veränderungen der Schilddrüse; in anderen Fällen sind die Schilddrüsenveränderungen von Myxödem begleitet. Ferner giebt es Fälle, in denen keine nachweisbaren Veränderungen an der Schilddrüse vorhanden sind, in denen aber doch die Ichthyosis durch Schilddrüsenextract geheilt wird. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

121) **Guisez. Neue Fälle von Tuberculose der Speiseröhre. (Nouveaux cas de tuberculose de l'oesophage.)** *Arch. Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Der erste Fall wurde vom Autor in der Revue die Chirurgie (Januar 1910) in Gemeinschaft mit Abrand veröffentlicht. An diesen Fall fügt G. zwei neue Fälle an, von denen der erste einen 29jährigen Chauffeur betrifft, der mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Kehlkopftuberculose, der zweite einen 49jährigen Mann betraf, der mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Oesophaguskrebs ösophagoskopirt worden ist. In beiden Fällen fand sich unterhalb des Oesophagusmundes ein Geschwür, das, mit Milchsäure behandelt, im ersten Falle auf einige Zeit, im zweiten Falle dauernd geheilt ist.

An diese Fälle reiht G. den von Schrötter publicirten Fall von tuberculöser Stenose des Oesophagus an, um auf die relative Häufigkeit der Speiseröhrentuberculose aufmerksam zu machen. LAUTMANN.

122) **Stiénon. Kehlkopfkrebs mit gleichzeitigem Oesophaguskrebs. (Cancer du larynx coexistant avec un cancer de l'oesophage.)** *Journal. Méd. de Bruxelles. No. 8. 1910.*

Sitzung der Brüsseler anatomo-pathologischen Gesellschaft vom 25. Januar 1910.

Der Fall bietet zwei interessante Eigenthümlichkeiten dar; zuerst, was sehr selten ist, das gleichzeitige Vorhandensein von zwei Krebsen; der Oesophaguskrebs ist sicher keine Metastase des Kehlkopfkrebses; aber ist er nicht eine Deglutitionsimplantation eines Partikels dieses Krebses, zumal normalerweise eine Verengerung des Oesophagus an der Stelle existirt, wo der Krebs seinen Sitz hat?

Die zweite Eigenthümlichkeit ist die extreme Atrophie des Magens, welche die Gastrotomie unmöglich gemacht hätte. Discussion. PARMENTIER.

123) **H. B. Anderson. Speiseröhrenkrebs. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Canada Journal of Medicine and Surgerg. December 1909.*

42jährige Frau; Fixation der Stimmlippen; Intubation; Tod. Obductionsbefund. EMIL MAYER.

124) **R. Gaultier. Das Speichelsymptom des Speiseröhrenkrebses. (The saliva sign of causes of the Oesophagus.)** *Journal American Medical Association. 26. Februar 1910.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem das von ihm sogenannte Roger'sche oesophago-salivare Symptom vorhanden war, eine continuirliche excessive Speichelabsonderung. Dieses Symptom wird in 20 Fällen der Literatur beschrieben. In einigen Fällen war das Speichelsymptom vor allen anderen Erscheinungen des Carcinoms vorhanden. G.'s Versuche an Hunden bestätigen die Annahme Roger's, dass es sich um eine Reflexwirkung infolge Reizung der Speiseröhrenschleimhaut handelt.

EMIL MAYER.

125) **Harris Peyton Mosher. Einige Beobachtungen über Speiseröhrenfälle; Demonstration neuer Instrumente. (Some observations on esophageal cases and the presentation of new instruments.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Verf. beschreibt seine Technik der Oesophagoskopie, die er beim liegenden Patienten in Aethernarkose vornimmt. Er benutzt so weite Tuben wie möglich.

Zum Schluss beschreibt Verf. eine Anzahl neuer Instrumente (zur Entfernung von Sicherheitsnadeln; ein mechanischer Dilatator für Stricturen etc.).

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gerber** (Königsberg). **Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres.** Zweite veränderte und vermehrte Auflage. Berlin, S. Karger. 1910.

Die ursprünglich in der Dermatologischen Zeitschrift erschienene und nachher als Monographie ausgegebene Bearbeitung der Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres liegt nun in zweiter Auflage vor. Entsprechend der in der Zwischenzeit ungemein stark angewachsenen Literatur und vor allem der überall zum Ausdruck gelangenden eigenen reichen Erfahrung auf rhino-laryngologischem wie otologischem Gebiete hat diese Monographie vielfach eine Umarbeitung erfahren müssen. Die alten Bilder wurden grösstentheils durch neue ersetzt.

Nicht nur der Rhino-Laryngologe und Otologe, sowie der Syphilidologe, sondern auch der Practiker wird aus dem werthvollen Buche sich über die wichtigsten Fragen manchen guten Rath erholen können. Seifert (Würzburg).

---

b) 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Boston, 31. Mai bis 2. Juni 1909.

Vorsitzender: A. Coolidge (Boston).

Der Vorsitzende erinnert in seiner Eröffnungsrede an den jüngst erfolgten Tod E. J. Knight's in Boston, eines der Begründer der Association und eines der ältesten und erfolgreichsten Lehrer des Faches in Amerika. Redner giebt dann eine Schilderung von dem Unterricht in der Laryngologie an der Harvard

Medical School, in deren Gebäude diese Versammlung abgehalten wird; es sind acht Lehrer für das Fach angestellt. Es wird empfohlen, den De Roaldes-Preis in Form einer Medaille zu verleihen.

A. A. Bliss (Philadelphia); Nervenvertheilung in Beziehung zu den eine locale Entzündung vortäuschenden nervösen Störungen.

Redner bespricht die complicirte Vertheilung der Nerven in dem den Rhinologen interessirenden Gebiet. Schmerzen in dieser Region können vielerlei Ursprung haben. Bei acuter Rhinitis kommen die Schmerzen meist nicht von einer Mitbetheiligung der Sinus, sondern von den Verzweigungen des Trigeminus. Redner führt Beispiele dafür an, dass bisweilen keine localen Entzündungen, sondern nur eine diese vortäuschende Neuralgie vorliegt. Er spricht dann von dem sogenannten „Nasenhusten", der bei manchen Patienten durch Reizung des Nervus nasopalatinus, besonders gegenüber der hinteren Hälfte der mittleren Muschel hervorgerufen wird, ferner von den durch die Uvula elongata bewirkten Reflexerscheinungen, schliesslich von den laryngealen Reflexen. Er wendet sich zum Schluss gegen operativen Uebereifer.

O. F. Freer (Chicago) macht auf einen besonderen Reflexschmerz bei Antrumeiterung aufmerksam; er äussert sich oft in Supraorbitalschmerz, obwohl die Stirnhöhle gesund ist.

Thomas Hubbard (Toledo): Hämophilie nebst Bemerkungen über hämorrhagische Diathese.

H. berichtet über zwei Fälle; der eine zeigte eine ausgesprochene Neigung zu Hämophilie, im anderen handelte es sich um Epistaxis infolge Scorbut. Der erste Fall wurde wegen vergrösserter Tonsillen und Adenoiden operirt. Beide Fälle genasen. Redner spricht dann über die Natur der Hämophilie und geht dann zu der Behandlung der Hämorrhagien im Allgemeinen über, bei der er den Kochsalzinfusionen den Vorzug giebt. Bei Kindern macht er alle zwei Stunden eine Infusion von circa 100 g; hat dies keinen Erfolg, so müssen intracelluläre und im Nothfall intravenöse Injectionen gemacht werden. Einige Autoren empfehlen Injectionen von frischem Pferde- oder Menschenserum.

William K. Simpson (New York City) liest seinen Vortrag über: Klinische Erfahrungen mit Calciumlactat bei Blutungen in den oberen Luftwegen.

Hudson Makuen (Philadelphia) sagt, dass er in gewöhnlichen Fällen bei allgemeiner Narkose keine Furcht vor Tonsillarblutungen hat, da es leicht ist, eine Ligatur oder Naht durch die Gaumenbögen zu legen. Er hat Calciumchlorid bei Nasenblutungen mit Erfolg gegeben.

George B. Wood (Philadelphia) hat in Fällen, in denen das Blut abnorm lange Zeit zur Gerinnung braucht, Thyreoidextract angewandt. Er giebt es jetzt kurze Zeit vor all seinen Operationen.

J. O. Roe (Rochester) hat lange, bevor Calciumlactat empfohlen wurde, auf Grund seiner theoretischen Erwägungen Chlornatrium gegeben. Er hat noch jede Nasenblutung durch Tamponade stillen können.

Emil Mayer (New York) macht darauf aufmerksam, dass sehr häufig stehengebliebene Gewebsfetzen der Grund für die Nachblutungen sind.

E. E. Casselberry (Chicago) hat von Calciumchlorid nie einen Erfolg gesehen, über das Lactat hat er keine Erfahrungen.

Robert C. Myles (New York): Weiterer Bericht über einen Zungenkrebs. (Vorgestellt im Jahre 1907.)

Der Patient suchte den Vortragenden vor 2 Monaten wegen Schmerzen in der Narbe auf; es fand sich im Centrum derselben ein kraterförmiges Ulcus, das aber nach Extraction eines reizenden Zahnes heilte. In der Zeit seit der ersten Operation, die vor $2^1/_2$ Jahren stattfand, ist die linke Zungenhälfte atrophirt und gegen die hintere Pharynxwand gesunken; diese Seite der Zungenbasis steht mehr nach vorn und unten, als die andere, während die Spitze, die nicht entfernt worden war, sich nach oben gekrümmt hatte. Patient hatte dadurch grosse Unbequemlichkeiten beim Essen und Sprechen; der Zustand war dadurch zu Stande gekommen, dass die longitudinalen Muskelfasern entfernt und Nerven und Blutgefässe an der Basis durchschnitten wurden. M. meint, es wäre besser gewesen, die ganze Seite der Zunge zu entfernen.

Charles W. Richardson (Washington): Verlängerter Processus styloides.

R. berichtet über einen Fall; er theilt ferner einen Fall von totaler Verknöcherung des Ligamentum stylo-hyoid. mit und bespricht die Anomalien dieser Gegend.

Seine Patientin war eine Frau von 25 Jahren, die Jahre lang an Irritationszuständen gelitten hatte, die auf die linke Mandel bezogen wurden, von welcher vor Jahren ein grosses Knochenstück entfernt worden war. Wiederkehr der Symptome und erneute Untersuchung. Man fand in dem vorderen Gaumenbogen und parallel mit ihm einen Knochen, der freigelegt und entfernt wurde. Heilung ohne Zwischenfall.

C. Crosby Greene jr. (Boston): Aetiologie und Behandlung der Zahncysten.

Es ist gezeigt worden, dass es möglich ist, eine künstliche Epithelcyste dadurch zu erzeugen, dass man ein Stück Epidermis mit der dazu gehörigen Cutis in die tieferen Gewebe, so in die Bauchhöhle einpflanzt. Die Zähne sind im wesentlichen epitheliale Gebilde, sie entstehen durch Invagination des Kieferepithels in den Knochen hinein. Nun wird ein Stück von diesem hineinwachsenden Epithel als eine isolirte Insel von epithelialem Gewebe abgeschnürt; solche von einer Zahnwurzel abgeschnürte Epithelinsel wächst atypisch und das Resultat ist die Bildung einer Cyste. Es muss jedes Stück der epithelialen Auskleidung sorgfältigst entfernt werden, andernfalls recidivirt die Cyste, die Höhle muss weit geöffnet, gründlich curettirt und drainirt werden. Die Oeffnung kann in die Kieferhöhle anstatt in die Mundhöhle gelegt werden, um eine Infection von der letzteren aus zu vermeiden. Diese antrale Methode eignet sich besonders für grosse Cysten. G. berichtet über einen Fall und illustrirt seine Ausführungen an einer Röntgenaufnahme.

N. H. Pierce (Chicago) unterscheidet zwei Arten von Zahncysten, eine entzündlichen Ursprungs und eine, die die Folge von Entwicklungsstörungen ist. Erstere wird oft von den Zahnärzten entfernt. Sie kann das ganze Antrum einnehmen und dann mit dem sogenannten Hydrops der Kieferhöhle verwechselt werden. Diese führt jedoch zu keiner Vorwölbung der Höhlenwand; eine solche wird nur von wahren Zahncysten bedingt. Die Flüssigkeit der letzteren enthält Cholestearinkrystalle.

J. K. Bryan (Washington) glaubt an die Existenz des Hydrops antri und auch daran, dass er von wirklichen Zahncysten entstehen kann.

Greene sagt im Schlusswort, zwischen Cysten und Hydrops könne man dadurch unterscheiden, dass man ausspüle: bei Cysten kommt die Flüssigkeit nicht durch die Nase heraus.

S. J. Mixter (Boston): Chirurgie des Oesophagus.

Vortragender, der einer Einladung der Versammlung gefolgt ist, betrachtet den Gegenstand vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen. Er berichtet über seine persönlichen Erfahrungen bei Stricturen und bespricht die verschiedenen Methoden zu deren Heilung. Wenn auch die Oesophagoskopie in der Behandlung der Fremdkörper brillante Resultate erzielt hat, so sind für die Therapie der Stricturen doch noch die älteren chirurgischen Methoden vorzuziehen.

Chevalier Jackson (Pittsburg): Chirurgie des Oesophagus vom Standpunkte des Laryngologen.

In allen Fällen, in denen ein Fremdkörper durch die Luftwege eingedrungen ist, kann er auf demselben Wege wieder entfernt werden; dabei ist Ruhestellung des Oesophagus und flüssige Diät nothwendig. In Fällen von Tumoren etc. soll frühzeitig die Gastrotomie gemacht werden. Die blinde Einführung einer Sonde in eine nicht vorher mittels directer Besichtigung untersuchte Kehle ist gefährlich (Aneurysma). Nach des Redners Erfahrung sind Stricturen zugänglich für Behandlung mit Bougirung durch das Rohr hindurch, Dilatation mit ösophagoskopisch eingeführten Laminariastiften, ösophagoskopische schneidende Dilatation und die Abbe'sche retrograde schneidende Dilatation. Redner bespricht diese Operationen, demonstrirt die dazu gehörigen Instrumente, bespricht auch die cervicale Oesophagotomie, die laterale cervicale Oesophagotomie, die Pharyngotomia subhyoidea, stellt die Indicationen dafür auf und theilt 5 Fälle eigener Erfahrung mit, zwei von inoperablem bösartigem Tumor und drei von Stricturen, in denen er ein Rohr in das stenosirte Lumen eingeführt hatte, durch welches hindurch den Patienten Flüssigkeiten, weiche Eier etc. beigebracht werden konnten. Redner beschreibt auch die Autoplastik des Oesophagus. In keinem Fall von Dysphagie sollen Proceduren am Oesophagus vorgenommen werden, ohne dass die Oesophagoskopie vorausgegangen wäre. Zum Schluss macht Redner auf die dringende Nothwendigkeit strengster Asepsis bei all' diesen Maassnahmen aufmerksam.

Harris P. Mosher (Boston) theilt die Krankengeschichten zweier Fälle von Strictur des Oesophagus mit Dilatation und einen von Divertikelbildung mit, die alle geheilt wurden. Er macht darauf aufmerksam, dass das Lumen der Speiseröhre viel weiter ist, als wir anzunehmen gewohnt sind. Das

negative Resultat mit einem dünnen Rohr unter Cocainanästhesie hat keine Bedeutung. Es ist zur Aethernarkose zu rathen; Stricturen werden am besten diagnosticirt und behandelt mittels ösophagoskopischer Einführung von Instrumenten. Eröffnung des Magens wegen nichtmaligner Stricturen müsste ein seltenes Vorkommniss sein. Die Eröffnung der Speiseröhre zur Entfernung glatter Fremdkörper ist obsolet. Die Aufblasung der Speiseröhre scheint für die Auffindung des Lumens enger Stricturen eine grosse Erleichterung zu sein. Nicht alle Stricturen können dilatirt werden, manche müssen durch schneidende Instrumente getrennt werden.

Emil Mayer (New York) erinnert an einen vor 20 Jahren mitgetheilten Fall von congenitaler Strictur des Oesophagus, den er gesehen hat. Die Einführung eines weiten Rohres ermöglichte dem Mädchen das Schlucken; es hat sich seitdem völlig normal entwickelt. In einem Fall, den er kürzlich bei einem Mann beobachtete, konnte ein Divertikel dadurch diagnosticirt werden, dass ein mit Schrot gefülltes Gummirohr eingeführt und dann eine Röntgenaufnahme gemacht wurde, M. verwirft das Verfahren, das Divertikel mit Bismuth zu füllen.

J. O. Roe (Rochester) erinnert an zwei Fälle von Oesophagotomia interna: in dem ersten, einen 8jährigen Knaben betreffenden Fall hatte er erst eine dünnere Bougie und dann das Oesophagusmesser eingeführt. Fünf Jahre später befand sich Pat. durchaus wohl. Im zweiten Fall handelt es sich um eine Strictur nach Einklemmung eines Hühnerknochens. R. berichtet dann über einen zur Zeit bei ihm in Behandlung befindlichen Fall von Divertikelbildung.

G. L. Richards (Fall River) berichtet über einen Fall, wo ein Arzt einen Münzenfänger eingeführt hatte, das Instrument dann nicht entfernen konnte und eine Tracheotomie machen musste.

Jackson hält den alten Münzenfänger für ein gefährliches Instrument, das geeignet ist, den Patienten in eine sehr unangenehme Situation zu bringen.

J. S. Gibb (Philadelphia): Einige Betrachtungen über die vollständige Exstirpation der Tonsillen.

G. wendet allgemeine Narkose an ausser bei älteren Kindern mit nicht adhärenten Tonsillen. Die Tonsille wird aus ihrem Bett herausgezogen und ihre Anheftungen an die Gaumenbögen mit dem stumpfen Dissector getrennt. In Fällen, wo die Anheftungen sehr fest sind, wird die Scheere oder das Tonsillenmesser gebraucht. Der Finger wird dann eingeführt und versucht, die tieferen Adhäsionen zu lösen, die hängende Tonsille mit der Schlinge, etwaige Gewebsfragmente mit der schneidenden Zange entfernt. Die Schlinge ist viel wirksamer als das Tonsillotom. Bei dieser Methode der Fingerenucleation soll zu kräftiger Gebrauch der Finger vermieden werden. Bei 100 so behandelten Fällen betrug der durchschnittliche Aufenthalt im Krankenhaus 4 Tage; bei 90 war Temperatursteigerung von 37,3—38,5° zu constatiren; in 9 Fällen, in denen die Tonsillen sehr brüchig waren und die schneidende Zange viel gebraucht werden musste, stieg das Fieber auf 39°; in 2 Fällen wurden Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirt. Ernstliche Blutungen waren sehr selten.

E. L. Shurly (Detroit): Es ist daran zu erinnern, dass die Tonsillen Drüsen mit innerer Sekretion sind, und wir wissen noch nicht genug darüber, wie die

Resultate ihrer völligen Entfernung auf Pharynx, Magen und die übrigen Tonsillen sind. Genügt es nicht, wenn wir die erkrankten Krypten entfernen und sollten wir nicht soviel von dem Gewebe stehen lassen, dass die normalen Functionen erfüllt werden können?

Casselberry (Chicago) stimmt mit dem Vorredner nicht überein; wir sollen stets das Tonsillengewebe vollständig entfernen und zwar bis in das Gaumensegel hinein, den Theil, den er „Velarlappen" genannt hat.

Freer (Chicago) benutzt zur Trennung der Adhäsionen scharfe Instrumente. Er lösst den „Velarlappen" zuletzt.

J. T. Bernhill (Indianopolis): Welches auch die Function der Tonsille sein mag, es giebt genug Gewebe im Pharynx, das diese Function erfüllen kann. Die nachträglichen Schmerzen sind geringer, wenn schneidende Instrumente gebraucht worden sind. Er drückt unmittelbar nach der Operation einen mit H_2O_2 gesättigten Tampon gegen die Wunde; wenn der Tampon ganz trocken ist, so applicirt er die Mousel'sche Lösung.

C. G. Coakley (New York) hat in seinen Fällen 2—4 Wochen nach der Operation eine geringe Granulationsmasse beobachtet, die er entweder mit der Zange oder durch Höllensteinanwendung beseitigte.

R. C. Myles macht auf die „basi-lateralen" Tonsillen aufmerksam, die er vor 15 Jahren beschrieben hat, die sich ziemlich weit in das Gaumensegel hinein erstrecken. Wenn die ganze Kapsel entfernt wird, so entsteht eine Cellulitis, die sich bis zur Fossa zygomatica erstreckt. Es werden zu oft Stücke vom M. constrictor superior mit den Tonsillen entfernt.

J. Price-Brown (Toronto) hat von einem Musiklehrer gehört, dass bei einigen seiner Schüler die Stimme vollständig durch Entfernung der Tonsillen zerstört wurde.

W. K. Simpson (New York): Wir sind zu sehr geneigt, unsere Ansicht auf die unmittelbaren Folgen der Operation zu gründen; wir können nicht wissen, ob die Ausfüllung der Fossa tonsillaris mit Narben- und Bindegewebe nicht die Muskelthätigkeit des Gaumensegels beeinträchtigt, was mindestens so schädlich wäre, wie das Zurücklassen eines kleinen Stückchens der Tonsille.

J. O. Roe: Bisweilen klagen die Patienten mehr über Entzündungen und Drüsenschwellungen nach, als vor der Operation. Wenn die Tonsille erkrankt ist, so ist sie es durchgängig, denn die Krypten gehen bis auf den Grund der Tonsille; lässt man einen Theil davon zurück, so steigert sich die Resorption des septischen Materials in dieser Region.

Emil Meyer verwirft den Gebrauch der Finger; er benutzt einen stumpfen Dissector, dessen einer Rand geschärft ist, so dass er auch als Messer benutzt werden kann.

W. E. Casselberry (Chicago): Eine neue Methode zur Nasentamponade, um postoperative Blutungen zu verhüten.

Es wird ein Gummizellchen, dessen Ende etwas bullös erweitert ist so weit in die Nase eingeführt, dass dieses bullöse Ende im Nasenrachen liegt und dann mit Gaze ausgestopft.

George B. Wood (Philadelphia): Eine embryologische Studie über die Epithelmetaplasie der Mandelkrypten.

Er erläutert seine Ausführungen durch Projectionen. An der Tonsille der Erwachsenen finden sich Erscheinungen, die den Gedanken nahe legen, dass die Epithelzellen der Krypten eine Metamorphose eingehen, deren Resultat die Bildung von Zellen ist, die morphologisch sich den Lymphzellen ähnlich verhalten; ferner zeigen beim Embryo die frühesten Stadien eine eigenthümliche Activität des Epithels, charakterisirt dadurch, dass die basalen Epithelzellen sich abtrennen, die Basalmembran durchbrochen wird und im Epithel und in der Nachbarschaft dieses Epithelcentrums sich Zellen finden, die morphologisch den Lymphocyten gleichen; drittens wird das Wachsthum dieses epithelialen Gewebes begleitet von der Ablagerung von mehr Lymphzellen in seiner unmittelbaren Nachbarschaft; viertens werden Uebergangsformen gewisser typischer Epithelzellen und Lymphzellen nicht nur im Epithel sondern auch in dessen unmittelbarer Nachbarschaft gefunden; fünftens sind die polymorphonucleären Zellen verhältnissmässig zahlreicher in den frühen Stadien als später. Das Erscheinen der polymorphonucleären Zellen in den früheren Stadien der Tonsille ist schwer zu erklären. Ihre Anwesenheit in der Nachbarschaft spricht dafür, dass sie aus dem Blutkreislauf kommen; andererseits scheinen die Uebergangstypen der frühsten Stadien im Epithel auf einen gemeinsamen Ursprung mit den Lymphocyten hinzuweisen. Sie verschwinden allmählich mit der Entwicklung der Tonsille und diese Thatsache spricht dafür, dass sie keinen wesentlichen Bestandtheil der ausgebildeten Tonsille bilden. Es kann sein, dass die frühzeitige Veränderung im Epithel als eine chemotaktische Kraft wirkt, durch welche auf die polymorphonucleären Zellen eine Attraction ausgeübt wird.

A. Barnes (Boston): Die Tonsille beim Säugling, Kind und Erwachsenen.

Bei der Geburt findet sich sehr wenig lymphoides Gewebe; das Epithel der Krypten ist im Wesentlichen wie das der Oberfläche, ausser dass in diesem Stadium sich viele der Krypten noch im Stadium der Bildung sich befinden und als solide Epithelsprossen oder als Sprossen sich darstellen, in denen das Centrum in Begriff ist ausgestossen zu werden. Zwischen dem 4. und 6. Lebensmonat beginnen die Follikel mit ihren Keimcentren deutlich zu werden und mit ihrem Erscheinen wird das lymphoide Gewebe sehr activ. Grosse Mengen von Lymphocyten wandern in das Kryptenepithel ein und lösen dessen untere Schichten auf. Zu gleicher Zeit werden die Kryptenwände dicht aneinander gedrängt, so dass ihre Drainage aufgehoben wird; die grosse Zahl der Lymphocyten, die durch das Epithel in die Kryptenhöhlung einwandern, werden dort zurückgehalten und bilden die in der Kindheit so häufig gefundenen käsigen Massen. Nach dem 18. Lebensmonat finden wir Verhältnisse, die für die Infection sehr günstig sind: schlecht drainirte Krypten, die jene Massen von Zelltrümmern enthalten und ein Kryptenepithel, das nur eine schwache Vertheidigung bildet. Ungefähr um die Pubertätszeit beginnen retrogressive Veränderungen, die Drainage wird freier und das Lymphgewebe weicht vom Epithel zurück.

Leonhard W. Williams (Harward-Universität) spricht über den Ursprung

der Lymphzellen und Lymphkanäle bei verschiedenen niederen Thieren. Er meint, dass die Lymphocyten der Tonsille gleich denen der Lymphdrüsen im Mesenchym entstehen.

K. L. Swain (New Haven) weist auf die Arbeiten Stoehr's hin, nach denen es sich um eine wirkliche Zerstörung der Epithelzellen handelt, während Wood jetzt glauben machen will, dass die Epithelverdünnung mehr oder minder durch einen activen Process bedingt ist, den das Epithel bei der Hervorbringung von Leukocyten eingeht. S. glaubt, dass den Tonsillen in der Oekonomie der Organismen nicht mehr Bedeutung zukommt als jedem anderen Lymphknoten, ausser dass sie einen Resorptionsbehälter für alle Stoffe darstellen, die in die Lungen gelangen.

(Fortsetzung folgt).

IV. Briefkasten.

Siebzehnte Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Dresden, 11. und 12. Mai 1910.

Auf der Tagesordnung der diesjährigen Geschäftssitzung des Vereins stand ein Antrag von A. Barth (Leipzig), dass der Verein mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft zum Zweck einer Verschmelzung beider Gesellschaften in Unterhandlungen treten solle. Dieser Antrag, der einen erneuten Versuch darstellte, die Selbstständigkeit der Laryngologie in Deutschland zu untergraben und von einer Seite ausging, von der derartige Versuche bereits mehrfach unternommen wurden, fand seine Erledigung dadurch, dass auf Antrag Killian's über ihn zur Tagesordnung übergegangen wurde.

In derselben Geschäftssitzung kam zum ersten Male der Bernhard Fränkel-Preis zur Vertheilung. Dieser Preis stammt aus den Erträgnissen einer Stiftung, die Bernhard Fränkel zu seinem 70. Geburtstage aus Beiträgen seiner Fachgenossen übergeben wurde. Fränkel hatte beantragt, dass der erste Preisempfänger Killian sein sollte; dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Zum Vorsitzenden wurde Killian, zum stellvertretenden Vorsitzenden Seifert gewählt; als Ort der nächsten Tagung wurde Wiesbaden bestimmt.

---

82. Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher in Königsberg.

18. bis 24. September 1910.

Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten.

Bis jetzt sind folgende Vorträge in Aussicht gestellt:

Flatau: Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.
Blumenfeld: Zur Frühdiagnose des Larynx-Carcinoms.
Jacques Joseph: Ueber Nasencorrecturen.
Saenger: Die Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Stimmstörungen.
Réthi: Thema vorbehalten.
Von zur Mühlen: Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterungen.
Max Senator: Thema vorbehalten.
Rupprecht: Die allgemeine Narkose bei Mandeloperationen.
A. Thost: Ueber die Anwendung der Anilinfarben in der Rhino-Laryngologie.
Gluck: Thema vorbehalten.
Jurasz: Thema vorbehalten.
Freese: Thema vorbehalten.

Zarniko: Thema vorbehalten.
Grünwald: Thema vorbehalten.
Winkler: Bewerthung der Röntgenbilder bei Nebenhöhlenerkrankungen.
Uffenorde: Orbitale Complicationen der Nasennebenhöhlenentzündungen.
Katzenstein: Ueber Brust- und Falsettstimme.
Hajek: Thema vorbehalten.
Gerber: 1. Ueber Spirochäten in den oberen Luftwegen.
2. Das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken.
Cohn: Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims.
Kafemann: Ueber die Verwendungsmöglichkeiten der Elektrolyse im Anschluss an einen geheilten Fall von Epithelialcarcinom der Basis cranii, mit Demonstrationen.
Brieger: Thema vorbehalten.

Weitere Vorträge bitten wir möglichst umgehend an einen der Unterzeichneten mittheilen zu wollen, da das vorläufige Programm bis zum 10. Juni fertig gestellt sein soll.

Der Einführende:
Prof. Gerber.

Die Schriftführer:
Dr. Richard Krause.
Dr. Georg Cohn.

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Die diesjährige Jahresversammlung findet am 11. bis 13. Juni unter dem Vorsitz von Capart sen. in Brüssel statt.

Die zur Berathung kommenden Referate sind:
1. Die physiologische Bedeutung der Gaumenmandeln. Referent: M. G. Hicguet.
2. Vortheile und Nachtheile der Abtragung der Gaumenmandeln. Referent: M. J. Broeckaert.

II. Russischer Oto-Laryngologischer Congress.

Der zweite Russische Oto-laryngologische Congress wird am Schluss des laufenden Jahres vom 26. bis 30. December in Moskau abgehalten werden. Zum Präses des Organisationscomités ist A. Iwanow gewählt worden.

Laut Beschluss der ersten Congresses werden nur zwei programmmässige Themata zur Verhandlung kommen. Man hat sich für 1. adenoide Wucherungen, Indicationen zur Operation und Operationsmethoden, Zufälle und Complicationen bei der Operation und 2. Erkrankungen des Ohres im frühen Kindesalter, entschieden.

Vorträge werden gedruckt den Mitgliedern des Congresses zugesandt und auf dem Congress nicht verlesen. Zu Vortragenden sind W. Nikitin und A. Spengler gewählt.

Die oto-laryngologische Bibliothek des Communehospitals zu Kopenhagen.

Durch Beiträge seitens der Kopenhagener Communalbehörden sowie durch die liebenswürdige Freigebigkeit zahlreicher Specialcollegen im Ausland und in Dänemark ist es der oto-laryngologischen Klinik des Communehospitals in Kopenhagen gelungen, eine Bibliothek der Specialliteratur zu begründen, welche bis jetzt 3000 kleinere Abhandlungen und Separatabdrücke nebst ca. 200 Bänden Handbücher, Atlanten und grössere Monographien umfasst. Ueber diesen Bestand ist ein systematischer Katalog ausgearbeitet worden.

Indem ich diese Gelegenheit benutze, um meinen vielen ausländischen Collegen, welche mit ihren Arbeiten unsere Bibliothek bereichert haben, und insbesondere denjenigen, welche aus zufälligen Gründen meine persönliche schriftliche Dank-

sagung nicht erreicht haben sollte, aufs neue bestens zu danken, gestatte ich mir die Bitte an alle oto-laryngologischen Collegen zu richten, auch künftig unserer Bibliothek in Wohlwollen zu gedenken und derselben neue Arbeiten, Monographien, Separatabdrücke gütigst überweisen zu wollen.

Da unsere Bibliothek eine Anzahl von katalogisirten Dubletten besitzt, sind wir gern bereit, solche mit ähnlichen Bibliotheken zu tauschen, sowie wir gern, Reciprocität vorausgesetzt, Bücher, Separatabdrücke u. s. w. an andere Specialbibliotheken ausleihen werden.

Holger Mygind.

Emil Zuckerkandl †.

Kurz vor Abschluss dieses Heftes geht uns aus Wien die Trauernachricht zu, dass der Director des Anatomischen Instituts der dortigen Universität, Prof. Emil Zuckerkandl, am 28. Mai gestorben ist. Seine „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle“, sowie seine zahlreichen die genaueren anatomischen Verhältnisse der Nase und Rachenhöhle zum Gegenstande habenden Arbeiten bilden die Grundlage, auf der insbesondere die Rhinologie sich zu ihrer jetzigen Höhe entwickeln konnte. Wir bringen in der nächsten Nummer einen Aufsatz, der eine ausführliche Würdigung der Verdienste enthalten soll, die der Verstorbene sich um unsere Disciplin erworben hat.

Personalnachrichten.

Prof. Ferreri (Rom) und Gradenigo (Turin) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

Dr. v. Lénart hat sich in Budapest für Laryngologie habilitirt.

In New Orleans starb Dr. Gordon King an den Folgen eines Unfalls.

Dr. André Castex ist zum Officier der Ehrenlegion ernannt worden.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. Burger (Amsterdam), ist zum correspondirenden Mitglied der Königl. Belgischen Medicinischen Academie gewählt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Juli. 1910. No. 7.

I. Emil Zuckerkandl †.

In der vorigen Nummer ist kurz berichtet, dass am 28. Mai Hofrath Professor Dr. Emil Zuckerkandl von uns genommen wurde. Z. hat mehr als ein Vierteljahrhundert mit kurzer Unterbrechung in Wien Anatomie gelehrt; er war ein begeisterter und begeisternder Lehrer, und seinem Einfluss ist vielfach das lebhafte Interesse zu danken, das so mancher Forscher, der unter ihm gearbeitet hat, — früher in der alten Prosectur der Gewehrfabrik, später in der prachtvollen neuen Anatomie — für anatomische Studien gewonnen hat. Für unsere Specialität hat er von früher Jugend an ein ganz besonderes Interesse bewährt und immer wieder hat er auch in späteren Jahren Arbeiten aufgenommen, welche der Rhino-Laryngologie zu gute gekommen sind und auf sie befruchtend gewirkt haben.

Sein äusserer Lebenslauf war ein relativ sehr einfacher und glatter. Er wurde am 18. September 1849 zu Raab in Ungarn geboren. Nach kurzem Besuch der Realschule trat er aus Liebe zur Naturwissenschaft zum Gymnasium über, bezog dann die Universität Wien, wo die machtvolle Persönlichkeit Hyrtl's einen bedeutenden Einfluss auf ihn gewann. Seine damals schon sich stark bemerkbar machende präparatorische Geschicklichkeit erregte die Aufmerksamkeit seines Lehrers, der ihn zu seinem Demonstrator und nach Beendigung der Studienzeit zu seinem Assistenten machte. Auf Hyrtl's Empfehlung ging er für kurze Zeit als Prosector der Anatomie nach Amsterdam, kehrte aber bald wieder nach Wien zurück. Hier wurde er Assistent von Rokitansky, dann von Karl Langer, der ihm nach einiger Zeit die Prosectur übertrug. 1876 wurde er ausserordentlicher Professor, 1882 ging er als Ordinarius der Anatomie nach Graz, um im Jahre 1888 nach dem Tode Karl von Langer's die erledigte Lehrkanzel zu übernehmen, deren Zierde er war, bis vor wenigen Jahren Krankheit ihn in der Ausübung seiner Lehrthätigkeit beschränkte.

Mit ihm ist einer der wenigen Anatomen dahingegangen, die in der Gegenwart noch den Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Thätigkeit in der speciellen

descriptiven Anatomie gesehen haben. Obwohl sich unter seinen Arbeiten anthropologische, vergleichend anatomische, entwickelungsgeschichtliche und selbst mikroskopische finden, so bildet den Inhalt der grössten Mehrzahl derselben doch die genaue Durchforschung und Darstellung der einzelnen Organe und Organsysteme, sowie die topographische Beschreibung der verschiedenen Körperregionen. Er legte das Hauptgewicht seiner Forschung auf den practischen Nutzen für die ausübende Medicin. So entnahm er den wesentlichen Theil seiner Anregungen aus der Praxis, und der grösste Theil seiner Schriften ist im Dienste der Praxis geschrieben. Die im letzten halben Jahrhundert sich gewaltig ausbauenden Specialwissenschaften interessirten ihn ganz besonders und für eine grössere Zahl der „Handbücher" hat Z. die anatomischen Capitel geschrieben, so z. B. die Anatomie der Mundhöhle und der Zähne für das Handbuch der Zahnheilkunde von Scheff, die Anatomie des Ohres für das Schwartze'sche Handbuch, die des männlichen Urogenitalsystems für das Handbuch von Frisch und O. Zuckerkandl, die Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre für das Handbuch der Laryngologie u. s. w. Alle diese Arbeiten stellen selbstständige, auf eigenen sorgfältigen Untersuchungen beruhende Studien dar.

Unserem Specialgebiet sind eine sehr grosse Anzahl der Untersuchungen Zuckerkandl's gewidmet. Wenn ich die lange Reihe seiner Arbeiten — es sind mehr als 200 — durchgehe, so finde ich schon im Jahre 1876 einen „Beitrag zur descriptiven und topographischen Anatomie des unteren Halsdreiecks" und noch 1910 seine Studie über „das Jacobson'sche Organ".

Sein grösstes, ich glaube sein bedeutendstes Werk jedenfalls für uns Laryngo-Rhinologen ist seine „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge", deren erster Band im Jahre 1882, in zweiter Auflage 1893, deren zweiter Band im Jahre 1892 erschienen ist. Durch dieses Werk Zuckerkandl's ist die gewaltige Entwickelung der modernen Rhinologie erst ermöglicht worden, von da aus hat sie ihren Ausgang genommen. Ein hervorragender Rhinologe sagte damals, als er den eben erschienenen ersten Band durchgearbeitet hatte: „Es ist eine schier unglaubliche Thatsache, dass im Jahre 1882 ein Buch von über 100 Seiten über descriptive Anatomie der Nase erscheinen kann, das auf jeder Seite neue Beobachtungen, und zwar Beobachtungen von grosser Tragweite enthält". Die jüngeren Rhinologen haben das Werk und die durch dasselbe aufgedeckten Thatsachen als selbstverständliche Voraussetzungen ihrer Thätigkeit vorgefunden und können daher keine klare Vorstellung haben, wie grundlegend, wie bahnbrechend seiner Zeit dieses Auftreten Zuckerkandl's gewesen ist. An dieser bahnbrechenden Bedeutung der Arbeit Zuckerkandl's ändert es nichts, dass manche Theile seines Buches, namentlich die sich mit Histologie beschäftigenden, zu berechtigter Kritik Veranlassung gegeben haben. Ein Theil schon der ersten Arbeiten Zuckerkandl's, die sich mit dem Gehörorgan und dem Kehlkopfe befassten, ist in der damals einzigen Zeitschrift Deutschlands, die der Otologie und der Laryngologie gewidmet war, der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.", erschienen. Dieser Zeitschrift hat er Zeit seines Lebens ein lebhaftes Interesse bewahrt, derart, dass er ihr nicht allein einen sehr erheblichen Theil seiner Arbeiten zur Publication überwies, sondern auch, dass er nach dem Tode

Rüdinger's im Jahre 1896 als Redacteur in die Leitung des Journals eintrat und bis zu seinem Tode in der Redaction für die Weiterentwickelung des Blattes thätig war.

An der Bahre Zuckerkandl's steht die Rhino-Laryngologie trauernd um einen ihrer erlauchtesten Förderer. Mit regem Interesse hat er alles, was die Specialität anging, verfolgt. Als ich ihn zum letzten Male sprach, war der Streit über die eventuelle Vereinigung von Otologie und Laryngologie gerade besonders lebhaft. Er, der für Laryngologie und Otologie in gleicher Weise und mit gleichem Eifer als anatomischer Forscher thätig war, sprach sich mit aller Entschiedenheit gegen die Vereinigung der Fächer im Lehramt aus, die er als schädlich für die Entwickelung beider Fächer bezeichnete.

Noch ein Wort über seine Persönlichkeit. Wer je in den Kreis dieses herrlichen Mannes getreten, der war auch in seinem Banne. Seine unendliche, von Humor durchwürzte Liebenswürdigkeit, seine Güte, sein sachliches Interesse liessen den Schüler oft vergessen, dass ein Aelterer vor ihm stand; das fabelhafte Wissen, sein eminentes präparatorisches Können, die riesenhafte Belesenheit auch in den alten Klassikern der Anatomie schienen so zu ihm zu gehören, dass es gar nicht auffällig erschien, wenn er über die entlegensten anatomischen und literarischen Fragen, ohne nachzuschlagen, die eingehendsten Auskünfte ertheilte.

Seine Schüler — und welcher Rhino-Laryngologe ist nicht sein Schüler gewesen — und die zahllosen Forscher, die er in liebenswürdigster Weise gefördert und angeregt hat, werden ihm stets ein dankbares Andenken bewahren.

P. Heymann.

Aus dem umfangreichen Lebenswerk Zuckerkandl's seien nur die der Rhino-Laryngologie gewidmeten Arbeiten angeführt:

1875. Ueber einen Recessus salpingopharyngeus. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1876. Beitrag zur descriptiven und topographischen Anatomie des unteren Halsdreiecks. Zeitschr. f. Anatomie und Entwickelungsgeschichte.
1876. Zur descriptiven und topographischen Anatomie der Zungenvenen. Wiener med. Jahrbücher.
1878. Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Nasoethmoidalregion. Wiener med. Jahrb.
1879. Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der Regio suprahyoidea. Stuttgart, Enke.
1880. Ueber einige Varietäten in der Regio glossoepiglottica. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1882. Ueber ein anormales Verhalten der Lungenschlagadern. Wiener med. Wochenschr. No. 28.
1882. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882. Braumüller. II. Aufl. 1893.
1884. Das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut und dessen Beziehungen zum Respirationsspalt. Wiener med. Wochenschr.
1884. Ueber den Circulationsapparat in der Nasenschleimhaut. Denkschrift der Wiener Academie. Bd. 41.

1886. Beiträge zur Anatomie des menschlichen Körpers. VIII. Das adenoide Gewebe der Nasenschleimhaut. Wiener med. Jahrb.
1887. Ueber Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1887. Das periphere Geruchsorgan der Säugethiere. Eine vergleichend-anatomische Studie. Stuttgart, Enke.
1887. Ueber die morphologische Bedeutung des Siebbeinlabyrinthes. Wiener med. Wochenschr. Bd. 37.
1887. Ueber das Riechcentrum. Stuttgart, Enke.
1888. Nasenhöhle. Realencyklopädie von Eulenburg.
1888. Das Riechbündel des Ammonshornes. Anatomischer Anzeiger. III.
1890. Makroskopische Anatomie der Mundhöhle und der Zähne. Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde.
1892. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. II. Bd. Wien, Braumüller.
1892. Entwickelung des Siebbeins. Verhandl. d. Anatom. Gesellsch. VI. Versammlung. Wien.
1892. Die Siebbeinmuscheln des Menschen. Anatom. Anzeiger. VII.
1894. Fossae praenasales. Mittheil. der anthropol. Gesellsch. Wien.
1896. Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie von P. Heymann.
1896. Geruchsorgan. Ergebnisse der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte.
1897. Zur Muschelfrage. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1899. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Kopf. Hals. Wien, Braumüller.
1899. Ueber die Entwickelung der Concha bullosa. Monatsschr. f. Ohrenheilkde.
1900. Zur Anatomie des Sängerkehlkopfes. Monatsschr. f. Ohrenheilkde.
1900. Zur Anatomie des Riechcentrums. Sitzungsbericht d. Wiener Academie.
1900. Gebilde im Bereich der Schild- und Thymusdrüse. Sitzungsbericht der Wiener Academie.
1902. Ueber die Nasenmuscheln bei Monotremen. Anatom. Anzeiger.
1903. Die Entwickelung der Schilddrüse und der Thymus bei der Ratte. Anatomische Hefte.
1904. Riechstrahlung. Arbeiten aus dem neurologischen Institut. Wien.
1905. Ueber laterale Rachentaschen bei Lagostumus trichodactylus. Zeitschr. f. Morphologie u. Anthropologie.
1908. Ueber die Jakobson'schen Knorpel und die Ossification des Pflugscharbeines. Sitzungsber d. k. Academie d. Wissenschaften. Wien. Bd. 117.
1909. Ueber die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen. Zeitschr. f. Laryngologie u. Rhinologie.
1909. Makroskopische Anatomie der Mundhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Zähne. Handbuch der Zahnheilkunde von Scheff. 3. Aufl.
1910. Das Jakobson'sche Organ. Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte.

II. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **T. H. Güntzer. Sklerom der oberen Luftwege. (Scleroma of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 24. Juli 1909. The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. berichtet über zwei eigene Fälle: ein Sklerom der Nase, des Rachens und Kehlkopfs und ein Sklerom der Nase und des Rachens.

Aus den Schlussfolgerungen der sehr interessanten Arbeit sei Folgendes hervorgehoben: Verf. hat von dem Frisch'schen Bacillus eine Vaccine hergestellt, die zum mindesten eine locale Immunität macht, woraus sich die ätiologische Bedeutung des genannten Bacillus ergiebt. Der Frisch'sche Bacillus ist übrigens, wie die Untersuchungen des Verf.'s ergeben, grampositiv, wenn die Gewebsstücke in 5proc. Formalinlösung gehärtet sind; er zeigt, am hängenden Tropfen beobachtet, eine lebhafte und langdauernde Beweglichkeit. Mit dem Wachsen der Cultur wird der Bacillus kleiner und dünner. Verf. hat auch das erste Mal die Agglutinationsprobe angewandt, kann aber aus seinem Versuch keine positiven Schlüsse ziehen. Verf. glaubt, dass ein Insect oder ein Parasit die Infection übermittelt. Zur Zeit giebt die Röntgenbehandlung die besten Aussichten.

LEFFERTS.

2) **Alejandro del Rió. Das Sklerom in Chile. (El escleroma en Chile.)** *I. Pan-Amerikanischer Congress in Santiago di Chile. 29. December 1908.*

Seit dem ersten Fall von Sklerom in Chile, den Verf. im Jahre 1896 der medicinischen Facultät in Santiago vorstellen konnte, hat er 30 Fälle beobachtet, deren Krankheitsgeschichten er mittheilt; die Fälle stammten aus verschiedenen Provinzen im Norden und Centrum des Landes, ohne dass sich das Bestehen abgegrenzter Herde nachweisen liess. Verf. vermuthet das Vorkommen des Skleroms auch in den übrigen Republiken Südamerikas und regt eine darauf zielende gemeinsame Nachforschung der amerikanischen Regierungen an.

FINDER.

3) **M. O. Fischer. Nase und Hals in Beziehung zur Tuberculose. (The nose and throat in relation to tuberculosis.)** *The West Virginia Medical Journal. October 1909.*

Die Arbeit handelt hauptsächlich von der Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Tuberculose.

EMIL MAYER.

4) **Otto J. Stein. Ohr-, Nasen- und Halssymptome bei Diabetes. (Ear, nose and throat symptoms in diabetes.)** *Journal American Medical Association. 26. März 1910.*

Verf. bespricht zuerst die Erscheinungen seitens der Mundhöhle bei Diabetes (Pyorrhoea alveolaris; verzögerte Heilung nach Zahnextraction; Caries; Gingivitis; aphthöse Stomatitis; rothe Zunge etc.). Im Gegensatz zu der gewöhnlich vorhandenen Trockenheit wird in manchen Fällen von Pankreaserkrankung Speichelfluss constatirt.

Im Rachen ist die Trockenheit das Hauptsymptom. Die Pharyngitis sicca ist nicht identisch mit der atrophirenden Pharyngitis; die Trockenheit bei jener ist höchst wahrscheinlich die Folge „einer Veränderung in der chemischen Zusammensetzung der Drüsensecrete" (Kyle) und nicht einer wirklichen Atrophie der Drüsen. Ausnahmsweise entwickeln sich Geschwüre im Pharynx, die Aehnlichkeit mit tuberculösen haben.

Verf. glaubt ferner, dass manche Fälle von intranasaler Reizung (Hyperämie, Hypersecretion, Niesanfälle etc.) Beziehungen zum Diabetes haben.

EMIL MAYER.

5) **Arthur Lyman Fisk. Unterbindung der Carotis externa. (Ligation of the external carotids.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Bei grossen und schweren Operationen am Halse kann bisweilen die Unterbindung der Carotis in Frage kommen. Auf Grund einer Literaturübersicht und auf Grund von vier eigenen Fällen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Unterbindung der Carotis externa die Blutung besser zum Stehen bringt, als die Unterbindung der Carotis communis; auch ist die Wahrscheinlichkeit einer secundären Blutung dabei geringer und es besteht nicht die Gefahr der Hirncomplicationen.

LEFFERTS.

6) **Oertel** (Berlin). **Kurze Bemerkungen über die Verwendbarkeit der Röntgenphotographie in der Rhino- und Otologie, nebst Beschreibung eines neuen Stuhles zu Röntgenaufnahmen.** *Beiträge zur Anat.. Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 161. 1909.*

In kurzen Worten weist Verf. auf den hohen Werth der Röntgenaufnahme zur Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen hin; doch dürfen Anamnese und klinische Untersuchung dabei nicht vernachlässigt werden.

Um eine sichere Fixirung des Kopfes mit möglichst geringer Unbequemlichkeit für den Patienten zu ermöglichen, hat Verf. einen Aufnahmestuhl construirt, den er des Näheren beschreibt und auch abbildet.

OPPIKOFER.

7) **J. M. Fernandez. Vortheile der Alypinanästhesie. (Advantages of alypin anaesthesia.)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1910.*

Verf. hat das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngologie in ausgedehntem Maasse angewandt und seine Erfahrungen waren derart gute, dass er das Cocain fast gar nicht mehr gebraucht. Als schmerzstillendes Mittel braucht er es in Glycerin gelöst. Bei kleineren Operationen, wie Tonsillotomie etc., hat er damit völlige Anästhesie erzielt. Bei Combination mit Adrenalin ist die Wirkung intensiver und länger dauernd.

EMIL MAYER.

8) **Antonio Staurenghi. Das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngoiatrie. (L'alipina in oto-rino-laringoiatria.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1910:*

Verf. rühmt dem Alypin folgende Vorzüge nach:

1. Möglichkeit der Sterilisirung durch Kochen, ohne dass das Mittel sich zersetzt. Daher Garantie für absolute Asepsis.

2. Befriedigende Anästhesie. Die anzuwendende Dosis kann etwas höher sein als die des Cocains, da Alypin weniger giftig ist, als dieses.

3. Möglichkeit der beliebigen Combination mit 1 pM. Adrenalin. Ohne Adrenalinzusatz behalten die Gewebe fast ihr normales Aussehen.

4. An und für sich giebt Alypin keinen Anlass zu erheblichen Secundärblutungen; die Blutung ist spärlich auch während des operativen Eingriffs.

5. Bisher sind keine Unzuträglichkeiten bei Alypinanwendung berichtet.

FINDER.

9) **E. Pistre. Ueber die Anwendung von Wismuthgaze. (Sur l'emploi de la gaze au bismuth.)** *Revue hebd. de laryngologie. No. 14. 1910.*

Wenn man nach Nasenoperationen tamponiren will, so räth Pistre nach dem Vorschlage von Krug (New-York), die Tamponade mit Wismuthgaze zu machen. Wismuth ist ein ausgezeichnetes Antisepticum, das den Vortheil der vollständigen Gefahrlosigkeit besitzt. Pistre hat die nach Krug's Vorschrift (Semaine médicale 1909. 10. November) bereitete Gaze zur Tamponade nach Epistaxis (4 Fälle), submucöser Septumresection (2 Fälle) und nach Abtragungen von Cristen, Spinen, Muscheln vielfach benutzt. Er schlägt vor, die radical operirte Kieferhöhle, die paradentären Cysten und überhaupt alle tamponbedürftigen Operationswunden mit Wismuth zu tamponiren. Der Tampon kann 4 Tage liegen bleiben, ohne fötid zu werden.

LAUTMANN.

10) **L. Mahler** (Kopenhagen). **Ueber die Kuhn'sche perorale Tubage.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 12. 1909.*

Auf Grund von 25, in der Schmiegelow'schen oto-laryngologischen Abtheilnng des St. Josefs-Hospitals beobachteten Fällen, die sämmtlich mit den günstigsten Resultaten nach der Kuhn'schen Methode narkotisirt wurden, empfiehlt Mahler diese Methode bei grösseren Operationen im Gebiete der oberen Luftwege. Er rühmt die gleichmässige, ruhige Narkose, den geringen Chloroformverbrauch, die Unabhängigkeit von Narkotiseur und Operateur von einander, die durch die gleichmässige Narkose bedingte geringere Blutung und die Möglichkeit, in Ruhe gründlich — namentlich bei Tumoren — operiren zu können. Anschliessend berichtet Autor cursorisch über die verschiedenen unter dieser Narkosenform operirten Krankheitsfälle.

HECHT.

11) **Elektrische Mundlampe.** *Med. Klinik. 20. 1910.*

Elektrische, vernickelte Mundlampe, wird als idealste Lichtquelle für die ärztliche Ueberlandpraxis bezeichnet. (G. Klein, Wittich (Eifel), Bahnhofstr. 32.)

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **R. Hoffmann** (Dresden). **Ueber das Rhinophyma.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 311. 1909.*

H. schildert eingehend und sehr anschaulich das ganze Krankheitsbild des Rhinophyms unter genauer Berücksichtigung der Literatur.

Die eigene Beobachtung des Verf.'s ist folgende:

67jähriger Patient mit nicht gerade grossem Rhinophym (Photographie vor und nach der Operation). Alkoholismus, vielfach Magen- und Darmstörungen Nasenkatarrh. Mikroskopische Untersuchung (zwei wohlgelungene, farbige Abbildungen): Vermehrung des Bindegewebes im Corium und starke Hypertrophie der Talgdrüsen. Operation in Localanästhesie nach der Methode von Braun.

OPPIKOFER.

13) G. Morro. **Ueber die Trennung der Nasenbeine. (Sulla divisione delle ossa proprie del naso.)** *Annali di Freniatria e Scienze affini del R. Manicomio di Torino. Vol. XVIII.*

Verf. berichtet über 7 Beobachtungen an Verbrechern und Geisteskranken. Fünf Fälle betreffen Zweitheilung des Nasenbeins durch verticale oder horizontale Naht; in einem Fall fehlte die Intranasalnaht und gleichzeitig fand sich eine laterale Naht auf der linken Seite; in einem Falle bestand an der Grenze zwischen dem oberen und den unteren zwei Dritteln des Nasenbeins eine Einschnürung.

FINDER.

14) E. H. E. Stack (Bristol). **Eine Familie mit congenitaler Nasendeformität und die Erfolge subcutaner Paraffininjectionen. (A family with congenital deformity of the nose and the results of subcutaneous injections of wax.)** *Bristol Med.-Chir. Journal. Juni 1909.*

Verf. giebt eine genealogische Aufzeichnung von einer Familie, in der unter 40 Personen 18 sich befanden mit gleichartigen Verunstaltungen der Nase. Diese Abnormität bestand in einem ungewöhnlichen Abstand zwischen den Nasenbeinen, so dass es den Anschein hatte, als ob diese durch den Processus nasalis des Stirnbeins in einer Ausdehnung von 1 cm getrennt seien; ferner bestand eine leichte Depresssion oberhalb der Lippe. Verf. giebt eine sorgfältige Darstellung der Paraffinmethode, durch die er in einer Anzahl der vorliegenden Fälle eine Besserung erzielt hat.

JAMES DONELAN.

15) Julius Guntermann. **Ueber Paraffinprothesen in der Rhinologie.** (Aus der Univers.-Poliklinik für Nasen- u. Kehlkopfkranke von Prof. Seifert in Würzburg.) *Dissertation.*

Nach Besprechung der Literatur theilt Verf. 8 in der Seifert'schen Poliklinik meist wegen Sattelnase mit Paraffin behandelte Fälle und einen von anderer Seite mit Misserfolg behandelten Fall mit, der zur Beseitigung der Folgen einer vor der Paraffinbehandlung erlittenen Fractur des knöchernen Nasengerüstes dann Seifert's Hülfe nachsuchte.

SALZBURG.

16) Ilurre (Bilbao). **Die Injectionen mit kaltem Paraffin. (Las inyecciones de parafina fria.)** *Siglo Médico. 29. Mai 1909.*

Eine zusammenfassende Darstellung.

TAPIA.

17) Foramitti (Wien). **Zur Technik der totalen Rhinoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 102. 1910.*

Deckung eines nach Lues entstandenen totalen Nasendefectes in der Weise, dass nach Vorbereitung eines Lappens aus der Stirne eine Knochenspange der

Tibia mit Periost unter dem Lappen fixirt und zur Anheilung gebracht wurde. Später Bildung der Nase aus dem Lappen mit der Knochenspange als knöchernem Nasenrücken.

SEIFERT.

18) **Hopmann. Verlagerung des Vomer.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 259. 1909.*

H. hat 1908 in der Zeitschr. f. Laryngol. einige Fälle von abnormer Kürze des sagittalen Durchmessers der Nasenhöhle, von Verlagerung des Vomer, veröffentlicht und bei Besprechung von einem dieser Fälle dem Gedanken Ausdruck gegeben, dass hier ein Entwickelungsfehler, eine Hemmungsbildung, wahrscheinlich hereditär-congenitaler Natur, vorliege. Diese Auffassung wird in der jetzigen kurzen Arbeit von Neuem wieder vertreten: H. hat mittlerweile auch bei der Schwester des oben erwähnten Patienten eine Verlagerung des Vomer nachweisen können. Mittheilung der diesbezüglichen Krankengeschichte. Zwei stereoskopische Aufnahmen der Anomalie sind der Beschreibung beigefügt.

OPPIKOFER.

19) **F. Schiffers. Ueber die Pathogenese des Ulcus perforans septi. (De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison du nez.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 17. 1910.*

Dieser kurze Artikel wurde vom Autor auf dem V. Congress der Belgischen Oto-Rhinologen im Jahre 1894 verlesen. Sein heutiger, etwas verspäteter Abdruck ist gerechtfertigt dadurch, dass seit jener Zeit keine neue Theorie über das Zustandekommen der spontanen Perforation des Septum aufgetaucht ist. Schiffers hält in Uebereinstimmung mit der Wiener Schule an der Thrombose als Ursache des runden Geschwüres fest.

LAUTMANN.

20) **Rivière. Abscess der Nasenscheidewand, der das Aufhören alter und heftiger Asthmaanfälle herbeiführt. (Abscès de la cloison nasale ayant amené la cessation de crises anciennes et violentes d'asthme.)** *Lyon Médical. 26. December 1909.*

Ohne scheinbare Ursache traten bei einem 73jährigen Patienten Schnupfen, Kopfschmerzen und Dyspnoe auf. Man diagnosticirte das Bestehen eines Abscesses der Nasenscheidewand; das Verschwinden der seit 30 Jahren wöchentlich 2 bis 3mal auftretenden Asthmaanfälle, das mit dem Auftreten des Abscesses zusammenfiel, wird dadurch erklärt, dass eine asthmogene Zone beseitigt worden sei.

GONTIER de la ROCHE.

21) **Raymond** (Freiburg, Schweiz). **Primäre Tuberculose der Nasenscheidewand. (Tuberculose primaire de la cloison du nez.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1910.*

40jährige Frau, ohne jegliche Anzeichen von tuberculösen Symptomen an anderen Organen. Die haselnussgrosse gestielte Geschwulst sitzt am vorderen Theil des Septum und füllt das Lumen der Nasenseite aus. Sie ist ganz schmerzlos. Eitriger Nasenfluss. Das Mikroskop ergiebt charakteristische Riesenzellen. Die Patientin hatte vorher einen sterbenden Phthisiker gepflegt.

Ein zweiter Fall des Verf.'s zeigt eine nussgrosse, graue, vom Septum aus-

gehende Wucherung im linken Naseneingang, ebenfalls schmerzlos, aber mit fötidem Nasenfluss verbunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab auch hier charakteristische Riesenzellen. Diese Nasentuberculose war aber keineswegs primär, sondern mit beiderseitiger Lungentuberculose und Lupus an den Naseneingängen und auf der Oberlippe vergesellschaftet.

Beide Patientinnen zeigten sich nach der Befreiung ihrer Nase nicht wieder. R. konnte jedoch noch eine vollkommene Vernarbung der kranken Stelle an der Nasenscheidewand nachweisen. Er hält dafür, dass die Ausrottung dieser Geschwülste mit nachfolgender galvanischer Cauterisation eine gute locale Prognose gebe.

Der Fall von primärer Tuberculose in der Nase ist nach Verf. sehr selten, da nur 60 Fälle in der Literatur bis jetzt beschrieben seien. JONQUIÈRE.

22) **Carlo Bruzzone. Blutende Septumpolypen. (Polipi sanguinanti del setto nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. November 1909.*

Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über die in der Literatur verzeichneten Fälle und über die verschiedenen Theorien betreffs deren Pathogenese. Dann theilt er 6 Fälle eigener Beobachtung mit, von denen 5 weibliche Patienten betreffen.

FINDER.

23) **Ciro Caldera. Ueber einen neuen klinischen Fall von Papillom der Nasenscheidewand. (Sopra un nuovo caso clinico di papilloma del setto nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1. März 1910.*

Es handelte sich um einen 30jährigen Mann, bei dem sich in der linken Nase ein rosafarbener, maulbeerförmiger, weicher, nicht blutender, bohnengrosser, breitbasig dem Locus Kisselbach aufsitzender Tumor gebildet hatte.

Das histologische Bild, wie es eine beigegebene Abbildung zeigt, ist das des Papilloms. FINDER.

24) **C. Katz** (Kaiserslautern). **Zur Genese der Septumdifformitäten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 105. 1909.*

K. beobachtete eine 16jährige Patientin mit vollständiger Spaltbildung des harten Gaumens. Die linke Nasenhöhle communcirte frei mit der Mundhöhle. Rechterseits dagegen bestand ein Nasenboden, der aussergewöhnlich hoch stand und durch eine — wahrscheinlich intrauterin entstandene — derbe Bindegewebsbrücke gebildet war. Auf der Seite der excessiven Gaumenhöhe fand sich nun eine starke Septumdeviation mit Crista. Verf. verwendet deshalb die Beobachtung zu Gunsten der Anschauung, dass — neben anderen Ursachen — Hochstand des Gaumens beim Zustandekommen der Septumdifformitäten eine Rolle spielt.

Die polemischen Aeusserungen gegen Zuckerkandl und Freer müssen im Original nachgelesen werden. OPPIKOFER.

25) **Nelson M. Black. Die Beziehung zwischen Septumdeviation und Unregelmässigkeiten der Zähne und Kiefer. (Relation between deviation of nasal septum and irregularities of teeth and jaw.)** *N. Y. Medical Journal. 27. März 1909. Journal of the American Medical Association. März 1909.*

Der Hauptgrund, warum bisweilen Septumverbiegungen nach der Operation

sich wieder herstellen, besteht darin, dass der wichtigste ätiologische Factor, nämlich irgend welche Irregularität der Zähne oder des Kiefers, übersehen wird; Dauerheilung kann in solchen Fällen nur erzielt werden, wenn vorher die Kieferbildung corrigirt ist. Nach vollzogener Dehnung neigt das Septum dazu, sich selbst wieder gerade zu richten, da es von dem auf ihm lastenden Druck befreit wird.

EMIL MAYER.

26) **Gereda** (Madrid). **Wiederherstellung der Nasenscheidewand. (Restauración del subtabique nasal.)** *Siglo Médico. 9. Januar 1909.*

Verf. berichtet über einen Fall, wo er nach dem Verfahren von Nicoladoni ein Stück Haut von der unteren Partie der Nase benutzte.

TAPIA.

27) **W. Peyre Porcher. Eine schnelle Methode zur submucösen Resection der Cartilago triangularis der Nase. (An expeditious method for submucous resection of the triangular cartilage of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Nach Ablösung der Schleimhaut benutzte Verf. in seinem Fall die elektrische Trephine; er machte mit ihr zwei Knorpelkegel los, nach deren Entfernung das Septum gerade gerichtet war.

LEFFERTS.

28) **Seyffarth** (Hannover). **Eine Stanze zur Septumresection.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 379. 1909.*

Die Knochenstanze ist in der kurzen Mittheilung abgebildet; sie ist nach Verf. eine trotz aller Schlankheit sehr kräftig schneidende Zange. Geliefert wird das Instrument durch die Firma Walb, Heidelberg.

OPPIKOFER.

29) **Royce D. Fry. Modificirte submucöse Septumresection. (Modified submucous resection of the nasal septum.)** *The Cleveland Medical Journal. October 1909.*

Verf. wurde zu seiner Modification angeregt vor allem durch die Fälle, in denen eine Spina oder Leiste sich in die untere Muschel einbohrt oder ihr adhärirt. Er macht — mit dem Freer'schen hakenförmigen Messer — einen Horizontalschnitt von hinten nach vorn über die grösste Convexität der Leiste; dieser Schnitt trifft vorn das untere Ende des vorn angelegten Verticalschnitts. Dann erfolgt Ablösung des Perichondrium und Periost. Ist die Concavität auf der Gegenseite nicht sehr ausgesprochen, so wird die blossgelegte Leiste oder Spina mit einer Säge entfernt, bevor Perichondrium und Periost abgelöst werden; dadurch werden die nachfolgenden Maassnahmen erleichtert.

EMIL MAYER.

30) **Srebrny. Einige Worte zur Technik der submucösen Resection der Nasenscheidewand. (Kilka stów w sprawie techniki wyciecia podslurowego przegrody nosa.)** *Medycyna. 51. 1909.*

Verf. hat sich das schwierige und zeitraubende Ablösen der Schleimhaut der concaven Seite dadurch erleichtert, dass er den Schleimhautschnitt auf beiden Seiten ausführte, ohne eine bleibende Perforation der Scheidewand zu befürchten. Zu diesem Verfahren ermuthigte ihn seine seit viele Jahren geübte Methode der Behandlung der Nasenscheidewandabscesse, wobei er das Septum durchschneidet und

einen Gazestreifen durch die Wunde durchzieht. Nach Entfernung der Gaze verwächst das Loch gänzlich. Von 5 in obiger Weise operirten Fällen entstand in einem eine schlitzförmige Perforation, nach Verf.'s Meinung dadurch, dass die Tampons zwischen die Wundränder hineingepresst wurden und die Annäherung derselben verhinderten. In 8 von Kenigstein in derselben Weise operirten und demnächst zu veröffentlichenden Fällen war das Resultat vollkommen günstig.

A. v. SOKOLOWSKI.

31) **D. Crosby Greene. Die Transplantation von Knorpel zur Correction verbogener Nasen. (The transplantation of cartilage in the correction of the nose.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. März 1910.*

Zwei Fälle von Perforation nach Abscess wurden so behandelt, dass die Schleimhaut an der Perforation abgetrennt wurde, ein Stück Knorpel von einer resecirten Nase eingelegt und genäht wurde. Der Knorpel wurde resorbirt, die Perforation schloss sich und es bildete sich eine feste bindegewebige Wand.

EMIL MAYER.

32) **Harold Hays. Die Mc Coy'schen Instrumente zur submucösen Resection der Nasenscheidewand. (The Mc Coy instruments in the submucous resection of the nasal septum.)** *The Kansas City Medical Index. Lancet. Juli 1909.*

Verf. empfiehlt die von John Mc. Coy angegebenen Instrumente wegen ihrer Einfachheit und weil bei ihrer Anwendung viele der Schwierigkeiten der Operation fortfallen.

EMIL MAYER.

33) **Tietze** (Rumburg). **Zur Aetiologie der Rhinitis atrophicans.** *Prager med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Eine schleimige Erkrankung des Sieb- und Keilbeins ging mit einer Ozaena einher.

CHIARI.

34) **James Adams. Die Pathologie und Therapie der atrophischen Rhinitis. (The pathology and treatment of atrophic rhinitis.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es giebt zwei Haupttypen der atrophischen Rhinitis: a) eine gewöhnliche Form mit und b) eine weniger gewöhnliche Form ohne Sinusitis. Bei der letzteren Form giebt es c) eine nicht zu oft vorkommende Unterabtheilung, wo die Atrophie das Primäre scheint und wo eine structurelle Schwäche der Gewebe vorhanden ist, so dass diese schnell der Mikrobeninvasion erliegen. Das Endresultat kann in histologischer Hinsicht ähnlich sein, in klinischer Hinsicht und was die Behandlung anbetrifft, sind die Verhältnisse verschieden.

2. Die atrophische Rhinitis ist in den meisten Fällen — a und b — das Endstadium einer hypertrophischen purulenten Rhinitis, die zuerst die Schleimhaut, dann aber auch in mehr als der Hälfte der Fälle die Nebenhöhlen befällt; dies wirkt wieder auf die Nasenschleimhaut zurück, so dass ein Circulus vitiosus entsteht.

3. Die purulente Rhinitis ist die Folge von Mikrobenwirkung und befällt mit Vorliebe Personen, deren Schleimhaut besonders für Entzündungen disponirt ist oder bei denen structurelle Besonderheiten der Nebenhöhlen bestehen. Borkenbildung und Foetor werden begünstigt durch Weite der Nasenlöcher und Anwesenheit des Abel'schen Bacillus. Foetor ist keine nothwendige Begleiterscheinung; die Krankheit braucht nicht in der Kindheit zu beginnen.

A. LOGAN TURNER.

35) **Arthur Alexander** (Berlin). **Ueber das Wesen der Ozaena. Alte Hypothesen in neuer Form.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. S. 260. 1909.*

A. stellte sich die Aufgabe, das der Ozaena und der tertiären Nasensyphilis Gemeinsame herauszufinden, jenen Factor, der bei beiden Erkrankungen zur Atrophie und zur fötiden Borkenbildung führt.

Er geht von der Annahme aus, dass der genuinen Ozaena eine pathologische Störung der Knochenernährung zu Grunde liege und formulirt den Satz: „Ohne Knochenerkrankung keine Ozaena".

Zu dieser Annahme gelangt er durch kritische Abwägung alles dessen, was bisher von den Anhängern der Knochen- resp. Schleimhauthypothesen für und wider diese sich diametral gegenüberstehenden Anschauungen in der Literatur vorgebracht worden ist, insbesondere durch Würdigung der Thatsache, dass sich auch solche Schädelknochen an dem Erkrankungsprocess betheiligen, welche mit der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen in keinem Zusammenhang stehen.

Das Wesen dieser Ernährungsstörung erblickt er darin, dass der Knochen die Fähigkeit eingebüsst hat, aus dem ihm zugeführten Ernährungsmateriale leimgebende Substanzen in zweckmässiger Beschaffenheit zu bilden und demgemäss chemisch anders geartete Substanzen producirt, welche sich als nicht geeignet für den Aufbau des Knochengewebes erweisen, daher in der Durchtränkungsflüssigkeit abgelagert und von hier aus auf verschiedenen Wegen eliminirt werden.

Ein Theil dieser Substanzen wird mit dem Strom der Gewebsflüssigkeit durch die Schleimhaut hindurch auf deren Oberfläche befördert. Dadurch wird die die Schleimhaut durchströmende Gewebsflüssigkeit stärker alkalisch, nimmt eine dickere Consistenz an, reizt somit das von ihr durchströmte Gewebe (Entzündung, Eiterung) und vermag die Schleimhaut nicht mehr in geeigneter Weise zu ernähren (Atrophie). Indem er somit die eitrige Secretion in gewisser Beziehung als abhängig von den Drüsensecretion hinstellt, gewinnt A. eine Erklärung für vier der Ozaena eigenthümliche auffällige Erscheinungen, nämlich:

1. Für die Vermehrung der Secretmenge trotz zunehmender Drüsenatrophie.
2. Für die Beobachtung, dass das eitrige Secret in Form kleinster Pünktchen aus der Schleimhaut hervorsickert und die letztere schon kurze Zeit nach vorangegangener Reinigung wie mit Mehlstaub bestreut erscheinen lässt.
3. Für das Phänomen der Eiterabsonderung an sich.
4. Für die merkwürdige Klebrigkeit des frisch abgesonderten Ozaenasecretes, bezüglich deren nachgewiesen wird, dass sie allen denjenigen Absonderungspro-

ducten eigenthümlich ist, welche einer Verletzung resp. Erkrankung des Knochens ihre Entstehung verdanken.

Ein weiterer Theil dieser Substanzen gelangt in die abführenden Lymphwege, d. h. zunächst in die Gaumen- und Rachentonsille, resp. den ganzen lymphatischen Apparat der hinteren und seitlichen Pharynxwand, des weiteren in die Lymphdrüsen. Folge: Betheiligung dieses Lymphapparates, resp. des ganzen Pharynx und Larynx an der Ozaena.

Eine derartige Störung in dem Stoffwechsel gewisser Knochen ist natürlich abhängig vom Stoffwechsel des gesammten Körpers. In weiterer Ausführung dieses Gedankens findet A. eine Erklärung für das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes, sowie für den Einfluss der Menses auf die Erkrankung. In den Infectionskrankheiten erblickt er nur ein die Krankheit auslösendes Moment, welches bei der einmal vorhandenen, durch ein ererbtes Krankheitsgift bedingten angeborenen Labilität im Chemismus gewisser Knochenzellen, zu einer dauernden Ernährungsstörung derselben führt.

Unter Zugrundelegung dieser Anschauungen entwirft A. ein Bild von der Entwickelung der Ozaena. Er bespricht dann die Beziehungen der Ozaena zur Rhachitis und Osteomalacie, die Frage nach dem Zusammentreffen von Chamaeprosopie und Ozaena, er erörtert die zahlreichen Vergleichspunkte zwischen der Ozaena und Syphilis, das gemeinschaftliche Vorkommen von Ozaena und adenoiden Wucherungen, die Beziehung der Ozaena zu den Nebenhöhleneiterungen etc., kurz alle die zahlreichen Momente, die in der umfangreichen Ozaena-Literatur zu dieser Krankheit in Beziehung gesetzt worden sind.

Gemäss seiner Auffassung von dem Wesen der Ozaena plaidirt A. für eine kräftigere Berücksichtigung der in letzter Zeit sehr in den Hindergrund getretenen Allgemeinbehandlung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

36) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Wassermann'sche Complementbindungsmethode und Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. hat an einer Reihe von reinen Ozaenafällen die Wassermann'sche Seroreaction angestellt und dabei stets ein negatives Resultat erhalten. Er vergleicht das Ergebniss seiner Untersuchungen mit den Befunden, welche mittels der Wassermann'schen Reaction bei erworben- oder ererbt-syphilitischen Erkrankungen, sowie bei den parasyphilitischen Erkrankungen erhoben worden sind, und gelangt zu dem Schlusse, dass es Fälle von Ozaena giebt, die mit Lues nichts zu thun haben.

F. KLEMPERER.

37) **Botey. Ist die Paraffininjection gegenwärtig die beste Behandlungsweise der Ozaena? (Les injections de paraffine dans l'ozène sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection?)** *Annales des maladies de l'oreille et de larynx etc. Tome XXXV. No. 11.*

Die Behandlung der Ozaena mit submucösen Injectionen von Paraffin hat bei fast 1000 (! Ref.) Patienten Botey's dauernde, auch nach Jahren constatirte Heilung in 50 pCt. der Fälle herbeigeführt, die Uebrigen wurden zum Theil

auch noch ganz wesentlich gebessert. Botey hat die bekannte Spritze von Broeckaert modificirt, namentlich darin, dass er die für alle Naseninstrumente passende Abknickung angegeben hat. Vor der Paraffininjection empfiehlt er, die Mucosa vom Knorpel durch eine subcutane Injection von Wasser abzuheben, wodurch die Einbettung des Paraffins erleichtert werden soll.

LAUTMANN.

38) **Zimmern** und **Gendreau** (Paris). **Resultate der Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen. (Résultats éloignés du traitement de l'ozène par la haute fréquence.)** *Société de l'Internat. des Hôpitaux. 27. November 1909.*

Nach sorgfältiger Reinigung der Nase lässt man mittels besonderer Elektroden die Funken auf die erkrankte Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung einwirken. Auf diese Maassnahmen folgt vorübergehende Hydrorrhoe und Thränenfluss. Von 19 Kranken wurden bei 16 nach einer Anzahl Sitzungen, die zwischen 10 und 29 schwankt, erreicht, dass der Foetor und die periorbitalen Schmerzen aufhörten, und die Borken, die sich viel leichter ablösten, erheblich weniger wurden. Bei zwei Patienten ist der Foetor ungefähr einen Monat nach Aussetzen der Behandlung wieder aufgetreten.

GONTIER de la ROCHE.

39) **J. G. Wilson. Chirurgische Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Surgical treatment of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Die chirurgische Behandlung besteht in der Entfernung eines Theiles der mittleren Muschel und Curettage der Siebbeinzellen auf der erkrankten Seite.

LEFFERTS.

40) **H. Sommer** (Dresden). **Zur Tuberculose der Hypophyse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 355. 1909.*

S. kennt 3 Fälle von Tuberculose der Hypophyse und fügt diesen 3 Fällen eine weitere eigene Beobachtung hinzu: Bei der 48jährigen Frau war die Diagnose auf Tumor der Schädelbasis gestellt worden. Bei der Section fand sich eine eitrige tuberculöse Einschmelzung der Hypophyse, Tuberculose des Keilbeins und beginnende Tuberculose der Meningen.

Die Erkrankung hatte vom Beginn der Kopfschmerzen an bis zur letalen Meningitis etwa ein halbes Jahr gedauert. Akromegalie, bitemporale Hemianopsie und Neuritis optica fehlten; dagegen bestand eine linksseitige Abducensparese. Da man die Diagnose auf Hypophysentumor nicht stellen konnte, war eine Röntgenaufnahme unterblieben. Auch für die Tuberculose des Keilbeins fehlten bei Lebzeiten sichere Zeichen.

OPPIKOFER.

41) **Smoler** (Olmütz). **Zur Operation der Hypophysentumoren auf nasalem Wege.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1909.*

Infolge profuser Blutung musse die Operation, trotzdem man schon am Tumor war, abgebrochen werden. Die Patientin erlag einer Aspirationspneumonie. S. räth, künftig die präliminare Tracheotomie mit Einlegen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle vorzunehmen.

CHIARI.

42) **Dopter. Untersuchung der Nasenhöhle auf Meningokokken. (Search for the Meningococcus in the nasal fossa.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

Die Untersuchung muss auch auf den Nasenrachen ausgedehnt werden, und zwar genügt die directe mikroskopische Untersuchung des Nasenrachenschleims nicht, weil im Nasenrachen gesunder und kranker Personen sich Organismen finden, die den Meningokokken sehr ähnlich sind. Auch das morphologische Aussehen eines dieser durch Cultur isolirten Keime ist nicht maassgebend. Zwei Proben machen erst die Diagnose sicher: die Zuckerfermentation und die Agglutination durch ein specifisches Serum. LEFFERTS.

43) **Vincent** und **Bellot. Die Meningokokkenträger und die Prophylaxe der Meningitis cerebro-spinalis durch Desinfection des Nasenrachens. (Les porteurs de meningocoques et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale par la désinfection du naso-pharynx.)** *Société Médicale des hôpitaux. 16. Juli 1909.*

Die Autoren haben feststellen können, dass im Nasenrachen solcher Personen, die eine Meningitis haben, sowie bei solchen, die mit ihnen in Berührung kamen, Meningokokken persistirten. Sie empfehlen zur Desinfection des Nasenrachens als sehr wirksam die Aspiration von Joddämpfen.

GONTIER de la ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Edmund A. Babler. Ursachen von Misserfolgen bei der Behandlung des Lippenkrebses. (Causes of failure in treatment of cancer of the lip.)** *Journal American Medical Journal. 8. Januar 1910.*

Die Ursachen sind: zu späte Erkennung der Krankheit, Ablehnung frühzeitiger Operation und mangelhafte operative Technik. „Fissuren“ oder „Sprünge“ an der Lippe bei Patienten über 30 Jahre sollten nicht mit Pasten etc. behandelt, sondern excidirt und mikroskopisch untersucht werden. EMIL MAYER.

45) **Löblowitz** (Olmütz). **Ulcus neuroticum mucosae oris (chronische Aphthen).** *Archiv f. Dermatol. Bd. 102. 1910.*

Die betreffende Affection beobachtete L. bei den Mitgliedern einer grossen Familie, hauptsächlich bei den weiblichen Personen. Er fasst das Ulcus neuroticum (Ulcus aphthosum chronicum) als eine neurotische Schleimhautgangrän im Sinne der neurotischen Hautgangrän Kreibich's auf; der Process stellt eine Bereicherung der Zahl der von diesem als auf angioneurotischer Grundlage beruhenden Hautaffectionen (Herpes simplex, Herpes zoster, Urticaria, Prurigo etc.) dar.

SEIFERT.

46) **Schleifstein. Ein Fall von Morbus Werlhoffi. (Przypadek choroby Verlhofa.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Bei dem Kranken pflegten seit 8 Jahren in mehrwöchentlichen Abständen blutige Sugillationen, nur auf die Mund- und Rachenhöhle beschränkt, zu entstehen. Der Kranke ist Vegetarier. Als Ursache der Krankheit nimmt Verf. Morbus Werlhofii an. A. v. SOKOLOWSKI.

47) **W. R. Woodbury. Infectiöse Erkrankung des Mundes. (Infectious diseases of the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. Januar 1910.*

Pneumokokken finden sich in der Mundhöhle anscheinend gesunder Personen; diese Keime werden virulent unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen, wie bei Masern.

Besonders bei tuberculösen Individuen ist der Mund- und Zahnpflege grosse Sorgfalt beizumessen. EMIL MAYER.

48) **Jacques** (Nancy). **Pathogenie und Behandlung der Angina Ludovici. (Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft vom Jahre 1909, in welcher darüber berichtet wurde.

PARMENTIER.

49) **J. Broeckaert** (Gent). **Voluminöse Dermoidcyste des Bodens der Mundhöhle. Exstirpation auf intrabuccalem Wege. (Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Extirpation par la voie intrabuccale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Zwei Versuche von aussen her waren in diesem Falle fehlgeschlagen, um den Kranken von seiner Geschwulst zu befreien; dem Autor gelang dies vom Munde aus; er nimmt daher keinen Anstand, die Exstirpation vom Munde aus als Methode der Wahl zu adoptiren. PARMENTIER.

50) **R. Fraenkel** (Wien). **Beiträge zur Kenntniss der Mundpflege.** *Die Heilkunde. Mai 1910.*

Perhydrolmundwasser färbt die Zähne gar nicht, bleicht sie im Gegentheil und wird in seiner Wirksamkeit durch kein anderes Mundwasser nur annähernd erreicht. SEIFERT.

51) **P. Lereboullet. Nekrotische Angina und Perforation des Gaumens bei Scharlach. (Necrotic angines and perforations of the palate in scarlatina.)** *N. Y. Medical Record. 1909.*

Mittheilung von 5 Fällen von Perforation des weichen Gaumens bei Scharlach. Die meisten derartigen Fälle verlaufen tödtlich, die Patienten des Autors jedoch genasen alle. Im Allgemeinen werden Kinder unter 5 Jahren betroffen. Zuerst bedeckt eine Membran, die an Diphtherie erinnert, die Tonsillen und Gaumenbögen; in dieser Membran werden jedoch keine Diphtheriebacillen, sondern nur Streptokokken gefunden. Die Drüsen sind bisweilen nicht geschwollen, der Allgemeinzustand ist schlecht. Der Kehlkopf ist nicht mit ergriffen, wohl dagegen bisweilen die Nase. Hohes Fieber. Dieser Zustand bleibt einige Tage bestehen, dann treten rapide Veränderungen auf. Die Tonsillen nekrotisiren und der weiche Gaumen wird perforirt, während die Membran verschwindet; keine Deglutitions- oder Sprachbeschwerden. Tritt nicht der Tod ein, so geschieht die Wiederherstellung schnell. Verf. glaubt, dass der Zustand durch die Streptokokken hervorgerufen wird. EMIL MAYER.

52) **Lubliner. Demonstration eines Falles von Staphylorrhaphie. (Przypadek stafilorafii.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Es wurde ein Fall von Staphylorrhaphie demonstrirt, bei dem dem Kranken unter Chloroformnarkose mittels des Langgraf'schen Löffels vier Nähte angelegt worden sind.

A. v. SOKOLOWSKI.

53) **Thomas Fiaschi. Fall von Borphy'scher Operation wegen completer Gaumenspalte; Resultat sieben Jahre danach. (Case of Borphy's Operation for complete cleft palate. Result seven years after.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1910.*

Das Kind war bei der Operation einen Monat alt. Der harte Gaumen ist heute vollständig und fest geschlossen; das Kind articulirt und isst gut.

J. A. BRADY.

54) **John O. Roe. Eine neue plastische Operation zur Beseitigung von narbigen Verwachsungen des Gaumens und der Rachenwand. (A new plastic operation for the relief of cicatricial palato-pharyngeal adhesions.)** *N. Y. State Journal of Medicine. Juli 1909.*

Die Operation wurde bei einem Patienten vorgenommen, bei dem infolge einer ausgedehnten Zerreissung des weichen Gaumens bei einer Tonsillectomie eine so feste und ausgedehnte Verwachsung sich gebildet hatte, dass der ganze Nasenrachen verschlossen war.

Es wurde ein Lappen von der Innenfläche der Wange nach dem Unterkiefer gebildet und dieser mit dem weichen Gaumen vereinigt. Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der Operation, deren Resultat ein ausgezeichnetes war.

EMIL MAYER.

55) **Gratia. Endotheliom des Gaumensegels; praeauriculäres Endotheliom. (Endotheliome du voile du palais; Endotheliome préauriculaire.)** *La Clinique. 12. Februar 1910.*

Der erste Tumor sass auf dem Gaumensegel eines 20jährigen jungen Mädchens; der zweite kam bei einer 24jährigen Frau zur Beobachtung.

Mikroskopische Untersuchung: Gegen die Diagnose „Krebs", die man manchmal bei diesen Tumoren stellt, spricht das jugendliche Alter der Individuen, die langsame Entwickelung der Geschwulst, ihr Eingekapseltsein, ihre Gutartigkeit, die Abwesenheit von Schmerzen, Drüsenmetastasen und Recidiv.

PARMENTIER.

56) **H. Gaudier** (Lille). **Lipom des Gaumensegels. (Lipome du voile du palais.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Gelegentlich eines vom Autor beobachteten und operirten Falles giebt derselbe eine kleine Abhandlung über diese Art von Tumoren und bespricht die wenigen bekannten Fälle.

PARMENTIER.

57) **William C. Braislin. Eine Studie über einige Abgüsse des infantilen Pharynx mit besonderer Berücksichtigung der Tuba Eustachii. (A study of some casts of the infantile Pharynx with special reference to the Eustachian tube.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

1. Der Nasenrachen der Neugeborenen ist niedrig, breit und verhältniss-

mässig lang. Seine Flachheit ist bedingt durch den unentwickelten Zustand der Knochen des Schädels, des Gesichts und hauptsächlich der Halswirbel, der Processus pterygoidei, der Gaumenbeine, der Gaumenfortsätze des Oberkiefers und des Vomer.

2. Die geringere Entwickelung der Nasenhöhlen kann es bedingen, dass dem Pharynx eine grössere respiratorische Bedeutung übertragen wird. Das ist vielleicht — wenigstens theilweise — der Grund, warum das lymphatische Rachengewebe beim Kind leichter hypertrophirt, als beim Erwachsenen. Mit vorschreitendem Alter ist das Wachsthum der Schädel- und Gesichtsknochen ein sehr schnelles und die Wölbung des Nasenrachens wird höher.

3. Die Besonderheit der Structur das Nasenrachens beim kleinen Kinde bedingt ein etwas modificirtes Verfahren bei der Entfernung der Rachentonsille. Bei Kindern von 2—3 Jahren oder noch jüngeren ist die Adenoidenzange selten anwendbar; bei Kindern unter 5 Jahren ist die Gottstein'sche Curette oder eine ihrer Modificationen vorzuziehen.

EMIL MAYER.

58) **Lee Maidment Hurd. Pemphigus des Pharynx. Bericht über einen Fall. (Pemphigus of the throat. Report of a case.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Der Fall betrifft eine 33jährige Frau. Ungefähr vor 5 Jahren bemerkte sie in unregelmässigen Intervallen eine Halsentzündung mit Verlust des Appetits; bei einigen Anfällen bestand auch Dysphagie. Vor einem Jahre trat eine Erkrankung der Conjunctiva des linken Auges auf. Man fand ein oberflächliches mit einem weissen Exsudat bedecktes Geschwür an der hinteren Rachenwand; zwei Tage später entdeckte man Blasen auf dem Velum und der Zungenbasis. Im Laufe eines Jahres trat Verlust des Sehvermögens auf, während der Zustand im Rachen unverändert blieb. Die äussere Haut war nicht befallen.

EMIL MAYER.

59) **K. Smith. Polypoider Tumor des Pharynx als Respirationshinderniss. (Polypoid tumor of pharynx obstructing respiration.)** *Journal of the University of Sidney Medical Society. November 1909.*

Patient, ein 10jähriger Knabe, wurde mit einer Tracheotomiecanüle in das Krankenhaus aufgenommen; entfernte man die Canüle, so war die Athmung erschwert. Mit dem Finger konnte man eine grosse Tumormasse fühlen, die der rechten Seite der Pharynxwand aufsass. Es wurde die Pharyngotomia suprahyoidea gemacht und man fand an der rechten seitlichen Pharynxwand einen gestielten Tumor aufsitzen, der auf dem Larynxeingang ruhte. Der Tumor war ca. 5 cm lang und 2,5 cm breit. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Endotheliom von sarkomatösem Typus.

A. J. BRADY.

60) **Jacques. Vereinfachte Exstirpation von Epitheliomen des Isthmus faucium. (Simplified exstirpation of epithelioma of the isthmus of the fauces.)** *N. Y. Medical Journal. 31. Juli 1909.*

Verf. berichtet über vier Fälle; es handelte sich stets um ältere Personen mit Carcinomen in vorgeschrittenerem Stadium. Im ersten Fall war nach 2 Jahren

kein Recidiv; zwei Patienten starben aus anderen Ursachen, der vierte ist erst vor $^1/_2$ Jahr operirt worden und befindet sich gut.

Verf. beschreibt seine Operationsmethode; er exstirpirt den Tumor nicht durch Incision von aussen, sondern in die Schleimhaut. LEFFERTS.

61) **Nager** (Zürich). **Demonstration einiger Fälle von seltener Rachenerkrankung.** (Gesellschaft der Aerzte in Zürich.) *Autoreferat. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1910.*

a) Seltener Fall von Tuberculom der Epiglottis. An Stelle derselben wallnussgrosser, derber, grobhöckeriger Tumor mit tiefen Einkerbungen und oberflächlichen Erosionen. Die Seitenstränge des Rachens zeigen sich als erhabene angefressene, granulirende Schleimhautwucherungen. In der Nase lupöses Geschwür vorn am Septum. Therapie: Abtragung des Tuberculoms mittels Glühschlingen und der Seitenstränge des Rachens mit Doppelcurette. Curettirung des lupösen Nasengeschwürs. Aetzung mit Trichloressigsäuse. Heilung langsam, aber glatt.

b) Vier interessante Fälle von hereditärer Spätsyphilis mit besonderer Betheiligung des Nasenrachenraumes, der narbig bis auf bleistiftdicke Fisteln verengt ist. Starke Deformationen der Epiglottis, Gummi der Nasenwurzel, Sattelnase; bei allen die Hutchinson'sche Trias. Alle reagiren noch gut auf leichte Gaben von Jodkalium da, wo die Zerstörung und Narbencontraction noch nicht abgelaufen ist. Drei Fälle betrafen Kinder von 12—17 Jahren und der vierte eine 41jährige Frau. Alle Fälle sind traurige Beispiele von der überall noch bestehenden volkshygienischen Uncultur inmitten der höchsten Civilisation!

JONQUIÈRE.

d. Diphtherie und Croup.

62) **Politi. Ueber Seroprophylaxe bei einer Diphtherieepidemie. (Della sieroprofilassi antitossica in un'epidemia di difterite.)** *Il Policlinico Sez. pratica. No. 29. 1909.*

In einer kleinen Gemeinde von 700 Einwohnern trat eine Diphtherieepidemie auf, bei der 59 Personen erkrankten. Verf. spritzte prophylaktisch 90 Kinder mit Serum von 300 I.-E. In dem folgenden Monat erkrankte von diesen Kindern keines, von den nicht gespritzten 11, in der Folge erkrankten von den gespritzten Kindern 15, von den nicht gespritzten 25. Unter den 15 Kindern, bei denen die Immunität nicht über einen Monat hinausreichte, traten schwere Fälle von Diphtherie nicht auf, während bei den nicht prophylaktisch behandelten zwei Fälle von Croup und eine recht schwere Angina zu verzeichnen waren. Bei den Kindern, bei denen Verf. die Injection in einem Zwischenraum von 1, 2, 5 Monaten nach der ersten Injection wiederholen konnte, trat keine Erkrankung auf.

Irgend welche unangenehmen Erscheinungen traten weder bei den zu Heilzwecken noch bei den zur Prophylaxe gemachten Injectionen auf. FINDER.

63) **E. Maher Sill. Eine Studie über Diphtherie bei Kindern auf Grund der Behandlung von 800 Fällen. (A study of diphtheria in children based on the treatment of eight hundred cases.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1910.*

Die Erfahrungen des Verf.'s lehren, dass man das Antitoxin in grossen Dosen geben soll. Er hat bei gewöhnlicher Rachendiphtherie 8000—10000 I.-E. gegeben ohne Ansehung des Alters, 5000—10000 I.E. bei Nasendiphtherie, 10000 bis 15000 I.-E. bei Croup. Trat keine Besserung ein, so wurde die Dosis in 8, 12 oder 24 Stunden wiederholt. Es ist nicht gerechtfertigt, das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abzuwarten, vielmehr soll das Antitoxin in jedem klinisch verdächtigen Falle sofort gegeben werden. Die Mortalität in den 800 Fällen des Verf.'s war weniger als 1 pCt. und kein Todesfall betraf ein über 2 Jahre altes Kind.

EMIL MAYER.

64) **Wm. F. Waugh. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Practical Therapeutics. September 1909.*

Verf. empfiehlt, grosse Dosen von Calciumsulphit innerlich zu geben.

EMIL MAYER.

65) **Masbreurer** (Paris). **Intubation oder Tracheotomie bei Croup. (Tubage ou Trachéotomie dans le croup.)** *Société de l'Internat. des Hôpitaux. Paris, 24. Februar 1910.*

Verf. befürwortet die Intubation selbst für den Fall, dass das Kind nicht dauernd durch eine zuverlässige Person überwacht werden kann. Die Verstopfung ist bei Anwendung der Froin'schen Tube eine Ausnahme und der Faden gestattet die sofortige Entfernung der Tube.

GONTIER de la ROCHE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **G. Bonanno. Ueber die Modificationen in der Structur der Kehlkopfknorpel in den verschiedenen Lebensaltern mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verknöcherung. (Sulle modificazioni di struttura delle cartilagini laringee nelle diverse età con speciale riguardo alla loro ossificazione.)** *Ricerche fatte nel laboratorio di Anatomia normale della R. Università di Roma. Vol. XIII. Fasc. 3—4.*

Im ersten Capitel beschäftigt sich Verf. mit den Neugeborenen; er vergleicht die mikroskopischen Schnitte der Kehlkopfknorpel mit denen von den Epiphysen der langen Röhrenknochen, die bei den Säuglingen ebenfalls noch aus Knorpel bestehen. Er findet, dass die Form der Knorpelzellen des Kehlkopfs von den Zellen der Epiphyse verschieden ist und giebt eine genaue Beschreibung von ihnen.

In einem zweiten Capital werden die Wandlungen der Structur im jugendlichen Alter beschrieben.

Das dritte Capitel ist den Vorgängen der Verkalkung und Verknöcherung gewidmet, die Verf. makroskopisch und mikroskopisch an Serienschnitten studirt hat.

FINDER.

67) **M. Scheier** (Berlin). **Zur Verknöcherung des menschlichen Kehlkopfes.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 279.*

Die Ossification des Kehlkopfes ist ein normaler physiologischer Vorgang und beginnt bei beiden Geschlechtern ungefähr um dieselbe Zeit.

Die ersten Verknöcherungspunkte in der Schildknorpelplatte treten bei beiden Geschlechtern meist im unteren Horn auf; von hier steigt die Ossification am hinteren Rande nach oben. Bei der weiteren Ausbreitung der Verknöcherung — darauf weist nun vorliegende Arbeit an der Hand von Röntgenogrammen ausdrücklich hin — zeigen sich aber bei den beiden Geschlechtern wesentliche Unterschiede.

Beim Mann rückt die Verknöcherung vom unteren Horn längs des unteren Randes der Platte nach vorn und vereinigt sich mit einem Knochenkern, der sich vorn nahe des Stimmbandansatzes am unteren Ende des Schildknorpelwinkels entwickelt hat.

Beim weiblichen Kehlkopf dagegen ist die Ossification viel weniger intensiv, allerdings geht die Verknöcherung ebenfalls am unteren Rande nach vorn, aber meist nur $1-1^1/_2$ cm. Es bleibt somit beim Weibe der vordere mediale Theil der Schildknorpelplatte knorpelig, auch im höheren Alter. So hat Sch. 24 weibliche Kehlköpfe, die mehr wie 40 Jahre alt waren, untersucht und fand nie den ganzen unteren Rand der Platte ossificirt.

Ein weiterer Unterschied in der Art der Ausbreitung der Ossification bei den beiden Geschlechtern zeigt sich auch in folgendem Punkte: Beim männlichen Kehlkopf entwickelt sich allmählich vom unteren ossificirten Rand der Schildknorpelplatte, ungefähr vom Tuberculum thyr. inf. aus, ein zungenförmiger Knochenzapfen nach oben, der nun die Schildknorpelplatte in zwei Theile theilt. Beim Weibe dagegen konnte Sch. diesen Knochenzapfen nie nachweisen, auch nicht bei Kehlköpfen höheren Alters (unter den 24 entwickelten Fällen findet sich ein Kehlkopf von 102 und einer von 101 Jahren).

Verf. kommt somit zum Schluss, dass aus der Art der Verknöcherungsgebiete im Schildknorpel nicht immer, aber doch sehr oft mit Leichtigkeit entschieden werden könne, ob es sich um einen männlichen oder weiblichen Kehlkopf handle.

OPPIKOFER.

68) **Jonathan Wright. Mikroskopische Diagnose intralaryngealer Geschwülste von einem practischen Standpunkt. (Microscopical diagnosis of intralaryngeal growths from a practical standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juli 1909.*

Sowohl der Mikroskopiker wie der Kliniker können in der Beurtheilung einer Geschwulst als einer bösartigen irren. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die histologische Structur keine unfehlbare Deutung zulässt; der Mikroskopiker kann nur sagen, dass in dem gegebenen Fall das Gewebe das Aussehen hat, das man gewöhnlich in den fatal verlaufenden Fällen findet; gerade bei den kleinen Tumoren der Stimmbänder kommt das Carcinom in einem Stadium zur Beobachtung, wie man es so früh histologisch selten zu sehen bekommt und gerade in

diesen Fällen steht das Urtheil des Mikroskopikers in Bezug auf die Prognose auf sehr schwachen Füssen.*)

LEFFERTS.

69) **Mermod** (Lausanne). **Das Aufrichten der Epiglottis bei intralaryngealen Interventionen. (Le redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1910.*

Der Autor giebt die Beschreibung eines von ihm zu diesem Zwerke ersonnenen Instruments, das ihm befriedigende Resultate giebt.

PARMENTIER.

70) **M. A. Goldstein. Lipem des Kehlkopfs. (Lipoma of the larynx.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, bei der sich im Kehlkopf eine grosse, rundliche, blasse, gelblich-rosa Geschwulst fand, die die Glottis vollständig ausfüllte, aus dem linken Ventrikel hervorkam, das Taschenband nach oben drängte und beide Stimmlippen überlagerte. In den letzten Jahren klagte Patientin über Athemnoth, besonders bei Anstrengung und nervöser Erregung.

Die Geschwulst wurde endolaryngeal mit der Schlinge entfernt. Ihre mikroskopische Untersuchung (Wright) ergab, dass es sich um ein Lipom handelte.

Verf. hat aus der Literatur 12 Fälle zusammenstellen können.

EMIL MAYER.

71) **M. A. Goldstein** (St. Louis). **Lipom des Larynx.** (Aus dem Englischen übersetzt von Alexander Muczkat, Wien-Bad Reichenhall.) *Mit 8 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1 u. 2. 1910.*

Nach kritischer Erörterung der Aetiologie und Pathologie der Larynxlipome berichtet Autor in extenso über einen selbstbeobachteten und operirten Fall, dem er sämmtliche bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fälle von Larynxlipomen — 12 an der Zahl — in extenso beifügt.

HECHT.

72) **Cobos** (Sevilla). **Ein Fall von Riesenpapillom des Kehlkopfs. (Un caso de papilloma gigante de la laringe.)** *Revista de Medicina y Cirurgia Practricas. No. 7. 1909.*

Der Tumor wurde nach vorhergehender Tracheotomie auf endolaryngealem Wege entfernt.

TAPIA.

73) **Jauquet** (Brüssel). **Ein Fall von generalisirtem Larynxpapillom, complicirt mit äusserem Krebs; Laryngotomie und Laryngostomie. (Un cas de papillome généralisé du larynx compliqué de carcinome extrinsèque; Laryngotomie et Laryngostomie.)** *La Clinique. 22. Januar 1910.*

Instructiver Fall: 1. durch das gleichzeitige Bestehen zweier Tumoren ver-

---

*) Anmerkung der Redaction. Es dürfte wohl nur wenig Laryngologen geben, die geneigt wären, sich die Ausführungen des rühmlichst bekannten und stets originellen und geistvollen amerikanischen Autors zu eigen zu machen. Ist es doch gerade das Miskroskop, das es uns in beginnenden, klinisch oft noch zweifelhaften Fällen ermöglicht, die Diagnose auf Carcinom zu stellen und uns so in den Stand setzt, frühzeitig die geeigneten Maassnahmen zu treffen, um dem fatalen Verlauf der Krankheit Einhalt zu thun. F.

schiedener Gewebsbildung und das durch ihren wechselseitigen Einfluss aufgeworfene Problem ihrer chronologischen Aufeinanderfolge; 2. bezüglich der Operation bestärkte er die Argumente der Anhänger der sofortigen Laryngostomie in den Fällen von generalisirten Papillomen.

PARMENTIER.

74) **Guisez** (Paris). **Neue Fälle von Diagnosen mittels directer Laryngoskopie, die mit dem Spiegel nicht gestellt werden konnten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 569. 1910.*

Verf. erwähnt vorerst mehrere Fälle von multiplen Papillomen bei Kindern und 2 Fälle von Trachealstenose nach früherer Tracheotomie.

Bei einem weiteren Falle, bei einem 8 Monate alten Kinde ergab die Untersuchung mit dem Röhrenspatel normale Verhältnisse in Larynx und Trachea. Auf diesen negativen Befund hin wurde die Gottstein'sche Operation ausgeführt. Die schweren Athemstörungen schwanden.

Bei einem Erwachsenen, bei dem eine Untersuchung mit dem Larynxspiegel unmöglich war, konnte erst durch die directe Laryngoskopie das Larynxinnere übersehen und die Diagnose auf Epitheliom des einen Stimmbandes gestellt werden.

OPPIKOFER.

75) **W. G. Porter** (Edinburgh). **Fälle von Kehlkopftumor nebst Bemerkungen über die Technik ihrer Entfernung. (Cases of laryngeal tumor with remarks on the technique of their removal.)** *Edinburgh Medical Journal. März 1910.*

Verf. beschreibt eine seltene von dem linken Ventriculus Morgagni ausgehende Geschwulst, die die Structur eines Angioms hatte. Da die Geschwulst sehr fest angeheftet war, so war es nur möglich, sie stückweise zu entfernen.

Ferner berichtet Verf. über 3 Fälle von Sängerknötchen und einen Fall von multiplen Papillomen.

Verf. verbreitet sich des längeren über Cocainisirung des Larynx mittels tropfenweiser Injection mit der Spritze.

A. LOGAN TURNER.

76) **Allen Samuel. Die Rathsamkeit operativer Eingriffe bei malignen Kehlkopferkrankungen. (The advisability of operative interference in malignant disease of the larynx.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Verf. giebt einen ausgezeichneten historischen Ueberblick, ohne etwas Neues hinzuzufügen.

EMIL MAYER.

77) **Koschier** (Wien). **Zur operativen Therapie des Larynxcarcinoms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1909.*

Mittheilung von 15 Fällen. K. operirt stets zweizeitig, wendet die Trendelenburg'sche Tamponcanüle (nicht zu gross!) an, unterbindet und durchschneidet einen etwa vergrösserten Isthmus der Schilddrüse (wegen späterer eventueller Blutung) und tamponirt mit einem dem Mikulicz'schen ähnlichen Tampon, den er niemals genöthigt war, vor dem 10. Tage zu entfernen. Nach einigen Bemerkungen über die phonetischen Resultate und die Verhütung von Schluckpneumonien giebt K. eine tabellarische Uebersicht seiner in 8 Jahren operirten 28 Fälle von Carcinom des Larynx resp. des Recessus piriformis.

HANSZEL.

78) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Behandlung des Kehlkopfkrebses.** (Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der American Laryngological, Rhinological and Otological Society am 3. Juni 1909 in Atlantic City.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 26 ff. 1909.*

Nach Besprechung der Bestrahlungstherapie, wobei namentlich die Röntgenbehandlung von inoperablen Carcinomen nach Spaltung des Larynx als zweckmässig erwähnt wird, plaidirt der Vortragende für möglichst frühzeitige und radicale Operation. Die Erfolge der Exstirpation des Larynxcarcinoms sind günstiger, als an anderen Körperstellen. Um einen Fall als geheilt zu bezeichnen, muss er mindestens 3 Jahre recidivfrei sein. Von den verschiedenen Arten des Larynxcarcinoms ist das verhornende Plattenepithel und das medulläre Carcinom das prognostisch ungünstigste. Es werden nun die Operationsarten detaillirt besprochen, und zwar die intralaryngeale Exstirpation, die Thyreotomie, die partielle und totale Entfernung des Larynx, sowie die Pharyngotomia subhyoidea, transhyoidea, suprahyoidea und lateralis, jede einzeln mit allgemeinen und persönlichen statistischen Tabellen.

HANSZEL.

79) **J. Landström. Fall von totaler Exstirpation des Schlundes und Kehlkopfes wegen Sarcoma mit Demonstration des Patienten. (Fall af total Exstirpation af soaly och strupnasond för sarkom med förevisning af patienten.)** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte vom 28. September 1909.) *Hygiea. October 1909.*

44jähriger Mann, der vor 3—4 Monaten plötzlich heiser wurde; keine Schluckbeschwerden, dagegen intensive Schmerzen in der Gegend der Gaumenmandeln; sonst keine subjectiven Symptome. Larynx nach links verschoben, rechts unmittelbar unter dem Os hyoideum ein mässig fester Tumor; keine Drüsenanschwellungen palpabel. Bei der Laryngoskopie wurde neben der Verschiebung des Kehlkopfes nach links ein wallnussgrosser Tumor im rechten Sinus piriformis constatirt, der in den Introitus laryngis hineinragte. Die Diagnose wurde nach Probeexcision festgestellt. Patient wurde am 28. August hauptsächlich nach Gluck operirt und war nach einem Monat geheilt.

E. STANGENBERG.

80) **J. Akerman. Totalexstirpation des Larynx und der linken Seite des Pharynx wegen Carcinom. Heilung.** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellsch. der Aerzte.) *Hygiea. No. 5. Mai 1909.*

39jähriger Mann; seit September 1908 Schluckbeschwerden und etwas später Heiserkeit. Anfangs 1909 wurde Anschwellung der linken Hälfte des Kehlkopfes constatirt; im Hypopharynx links ein ulcerirter Tumor, der den Kehldeckel, die Zungenbasis, die Plica ary-epiglottica und Introitus laryngis einnahm. Operation am 27. Februar 1909 (das obere Ende der Luftröhre wurde im unteren Wundwinkel festgenäht) und am 8. April konnte der Patient Speisen schlucken und wurde bald darauf als geheilt entlassen.

E. STANGENBERG.

81) George E. Brewer. **Die Behandlung des Kehlkopfkrebses vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen. (The treatment of cancer of the larynx from the point of view of the general surgeon.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juli 1909. The Laryngoscope. August 1909.*

Verf. bespricht 1. die intralaryngeale Methode, die er verwirft, 2. die Laryngofissur, 3. die partielle und totale Laryngectomie.

Verf. hat 16 mal die Thyreotomie gemacht mit 1 Todesfall; von diesen 16 Fällen betrafen nur 7 zweifelloses Carcinom. Die Totalexstirpation hat er 11 mal gemacht; 5 von diesen Fällen gingen an der Operation zu Grunde und 6 genasen.

LEFFERTS.

82) George E. Brewer. **Die operative Behandlung des Kehlkopfkrebsec. (The operative treatment of cancer of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der von ihm befolgten Technik der Totalexstirpation, die er in zwei Zeiten macht: 1. Tiefe Tracheotomie, 2. 10 Tage später die Totalexstirpation in Chloroformnarkose.

LEFFERTS.

83) George E. Brewer. **Excision des Kehlkopfes wegen maligner Erkrankung. (Excision of the larynx for malignant disease.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

84) **Roswell Park. Dasselbe.** *Ebendas.*

85) **James Bell. Dasselbe.** *Ebendas.*

86) **George E. Crile. Dasselbe.** *Ebendas.*

87 **N. B. Carson. Dasselbe.** *Ebendas.*

Brewer führt folgende Gefahren der Exstirpation an: 1. Aspirationspneumonie. 2. Ausbreitung der Infection nach unten längs der Halsmuskeln und Fascien bis in das Mediastinum. 3. Zu lange Entziehung der Nahrung bei alten Personen mit schlechtem Allgemeinstatus. Es soll möglichst bald nach der Operation concentrirte Nahrung durch ein Rohr eingegossen werden, das durch die Nase in den Oesophagus eingeführt wird.

Park hat seine erste Larynxexstirpation vor 24 Jahren gemacht; der Patient starb, und zwar, wie Verf. glaubte, an Jodoformvergiftung. In einem späteren Falle wandte er Bismuth. subnitr. an. Auch dieser Patient starb. Bei der Autopsie fand man die Wände der Bronchien mit Wismuth verschmiert; dies hatte eine Art Paste gebildet und der Patient war an Asphyxie gestorben.

Bell berichtet über 12 Laryngectomien. Partielle Exstirpation giebt nach seinen Erfahrungen kein günstiges Resultat. Von den 12 Fällen genasen 7.

Crile verfügt über 20 Totalexstirpationen. Von den ersten 8 Fällen verliefen 2 unmittelbar tödtlich. Die Endresultate waren unbefriedigend. Der älteste Patient lebte 15—16 Jahre nach der Operation, ein anderer 5, einer 4 und einer 3 Jahre; bei den übrigen ist seit der Operation zu kurze Zeit verflossen, als dass man ein Urtheil abgeben könnte.

Carson berichtet über 5 Totalexstirpationen. Verf. verwendet die Anästhesie vom Rectum aus.

LEFFERTS.

88) **Lazarraga** (Malaga). **Zwei Totalexstirpationen des Kehlkopfs in Localanästhesie. (Dos estirpaciones totales de la laringe con anestesia local.)** *Revista de Medicina y Cirugia prácticas. No. 1075. 1909.*

I. 50jähriger Mann. Kehlkopfkrebs und Kropf. Erste Sitzung: Exstirpation des Kropfes und Annähung der Trachea an die Haut des Halses. Zweite Sitzung: Exstirpation des Larynx. Heilung.

II. 70jähriger Patient. Epitheliom der Stimmbänder und des Vestibulum ohne Drüsenschwellung. Erste Sitzung: Annähung der Trachea an die Haut. Zweite Sitzung einen Monat später: Totalexstirpation des Kehlkopfes. Heilung.

TAPIA.

89) **F. Pick. Tracheosklerom.** (Wissenschaftl. Gesellschaft Deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung vom 10. December 1909). *Wiener klin. Wochenschrift. No. 1. 1910.*

Impfversuch mit einem Rhinosklerombacillenpräparat nach Art der Pirquet'schen Versuche. Negatives Resultat.

HANSZEL.

90) **Peters** (Brünn). **Zur Kenntniss des Skleroms und der Osteome der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1909.*

Mittheilung eines Falles von primärem Sklerom des Larynx und der Trachea, wobei besonders auf die Genese der beim Sklerom bereits mehrfach beobachteten „Ecchondrosen"- und „Exostosen"bildungen der Trachea näher eingegangen wird.

CHIARI.

91) **Harold S. Muchleston. Ueber sogenannte „multiple Osteome" der Trachealschleimhaut. (On so-called „multiple osteomata" of the tracheal mucous membrane.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Es handelt sich um eine abnorme Bildung von Knorpel und Knochen in der Schleimhaut der Trachea. Die Affection macht selten Symptome und wird meist post mortem gefunden. Verf. erklärt die Excrescenzen als von versprengtem embryonalen Perichondrium herstammend, das später in seiner abnormen Lage zu activem Wachsthum gelangt ist. Er bezeichnet die Knorpelneubildungen als Enchondrome. Wenn es auch nicht bewiesen werden kann, so ist es doch wahrscheinlich, dass alle Excrescenzen zuerst aus Knorpel bestanden und später erst eine Umwandlung in Knochen erlitten. Aus sorgfältiger Untersuchung seiner eigenen Schnitte glaubt Verf. folgern zu können, dass diese Verknöcherung nicht die gewöhnliche enchondrale Form ist, sondern eine wirkliche Metaplasie von Knorpel in Knochen.

EMIL MAYER.

92) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Primärer Cancer tracheae, nebst Mittheilung eines durch Resectio tracheae geheilten Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 18. 1909.*

Verf. ergänzt die von Bruns im Jahre 1898 gegebene Zusammenstellung der Fälle von primärem Luftröhrenkrebs (28) auf 40 Fälle, von denen der letzte ein eigener beobachteter Fall ist.

Die Geschwulst wurde mittels circulärer Resection der Trachea in einer Ausdehnung von $5^1/_2$ cm exstirpirt. Die Patientin musste, weil eine glatte Verwachsung der Wundränder nicht zu Stande kam, mit permanenter Trachealcanüle entlassen werden; 6 Jahre nach der Operation befindet sich Patientin wohl.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

93) **Isenschmid** (Bern). **Eine Flimmerepithelcyste in der Schilddrüse.** (Aus dem pathologischen Institut von Bern.) *Virchow's Archiv. 1910.*

Diese Cyste konnte abstammen: 1. vom Respirationstractus, 2. vom Ductus thyreoglossus, 3. von der Kiementasche.

Der auffallende Reichthum an elastischen Elementen und ihre charakteristische Anordnung, die genau dem Verhalten der elastischen Fasern in der Schleimhaut der Trachea und der Bronchien entspricht, machte die Abstammung der Cyste vom Respirationstractus schon gewiss. Für diese spricht auch die Nähe der Trachea, mit der eine Communication bestanden haben mag. Auch eine kleine Knorpelschichte der Cystenwand mit ihrem Netz von feinsten elastischen Fasern und die Schleimdrüsen stimmen so genau mit den Gebilden des Athmungsrohres überein, dass man dieses Gebilde als den Mutterboden dieses Unicums einer Flimmerepithelcyste im Schilddrüsengewebe ansehen muss.

JONQUIÈRE.

94) **Isenschmid** (Bern). **Zur Kenntniss der menschlichen Schilddrüse im Kindesalter.** *Dissert. Bern 1910.*

Die Frage, die sich Verf. bei dieser gründlichen Arbeit stellte, lautet: „Zeigt die Structur der Schilddrüse im Kindesalter in Kropfgegenden irgend welche Besonderheiten, welche mit der Entstehung der endemischen Struma zusammenhängen?“

Zur Beantwortung derselben untersuchte er 100 Schilddrüsen, von denen 39 aus dem kropfarmen Norddeutschland, 61 aus Bern stammten. Diese Schilddrüsen gehörten Kindern von 0,5 bis 15 Jahren an.

Der auffallendste äussere Unterschied, dass Schilddrüsen aus Kropfgegenden bedeutend grösser sind, als diejenigen aus kropfarmen Gegenden, zeigt sich nach Hesselberg schon in den späteren Fötalmonaten und bei der Geburt. I. fand bei allen Kindern über 6 Monate die Schilddrüsen aus Kropfgegenden weit über das Doppelte, ja theilweise $2^1/_2$ mal so schwer, wie diejenigen aus kropffreien Gegenden.

Der Hauptunterschied im Bau war für das Alter von 12—15 Jahren die viel bedeutendere Grösse der Drüsenbläschen bis zum Dreifachen bei Kindern aus kropfarmen Gegenden, gegenüber Kindern aus Kropfgegenden.

Besondere Kleinheit der Follikel und grosse chromatinreiche Kerne, wie sie auch in Strumaknoten anzutreffen sind, finden sich gewöhnlich zusammen, besonders in Drüsen, die schon kleine Kropfknötchen enthalten. Die Desquamation ist in Bern häufiger, das Hyalin in den Lymphgefässen seltener, als in den norddeutschen Drüsen. Das Colloid ist im Allgemeinen dünnflüssig und enthält sowohl in Bern als in Kiel eine kleine Zahl rother Blutkörperchen.

Arteriosklerose der Schilddrüsenarterien tritt schon von den ersten Jahren an häufig auf, die höheren Stadien derselben viel häufiger in Bern als in Kiel.

Die Neubildung der Drüsenbläschen erfolgt theils durch Verdickung und Mehrschichtung des Epithels im Umfang der Bläschen, theils durch Bildung von leistenförmigen Vorsprüngen, die sich gegenseitig vereinigen.

Mit dem Alter des Kindes nehmen zu: das Gewicht der Drüse, die Grösse und Anzahl und der Colloidgehalt der Follikel, die Füllung der Lymphgefässe mit Hyalin und die Arteriosklerose; es nimmt ab die Höhe des Epithels, die Häufigkeit der Desquamation, die Stärke des Bindegewebes und die Blutfülle der Capillaren.

Acht mikroskopische Schnitte auf 3 Tafeln stellen die interessanten und wichtigen Forschungsergebnisse I.'s sehr deutlich dar. JONQUIÈRE.

95) **John Egerton Cannaday. Einige Bemerkungen über die chirurgische Behandlung des Kropfes. (Some remarks on the surgical treatment of goitre.)** *American Journal of Surgical. Januar 1910.*

Verf. hat — ausser bei sehr nervösen Patienten — meist in Localanästhesie operirt. Er beschreibt ausführlich sein Verfahren der Blutstillung.

EMIL MAYER.

96) **Arnd** (Bern). **Zur Technik der Kropfdislocation.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 22. 1910.*

Für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

97) **Dumont** (Lausanne). **Recurrensläsionen bei Strumectomie.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 104. 1910.*

Bei 1148 Strumectomien kam es 16 mal zu operativer Recurrensläsion, 9 mal handelte es sich um Continuitätstrennungen, 7 mal um leichtere Zerrungen oder Quetschungen des Nerven, die nur vorübergehender Natur waren. SEIFERT.

98) **Allen B. Kanavel. Der Werth der Thyreodectomie bei der Behandlung der katatonischen Dementia praecox. (The value of Thyroidectomy in the treatment of catatonic dementia praecox.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Verf. verfügt über 12 Fälle. In den alten Fällen wurde keinerlei Erfolg erzielt. Von drei im sogenannten günstigen Stadium operirten Fällen zeigten zwei temporäre Besserung. Die pathologische Untersuchung der Drüsen ergab keine Veränderung, die zu Gunsten der Diagnose einer „Thyreotoxicose" gesprochen hätte. LEFFERTS.

99) **Benj. F. Davis. Gumma der Schilddrüse. (Gumma of the thyroid.)** *Transactions of the Chicago Path. Soc. 18. August 1909.*

Patient klagte über Heiserseit, Dyspnoe und Dysphagie. Vor 5 Jahren Infection mit Syphilis. Untersuchung des Kehlkopfs ergab eine Lähmung der Adductoren; Tracheotomie. Es fand sich ein Gummi der Schilddrüse, das sich augenscheinlich per contiguitatem vom Schildknorpel aus auf die Drüse fortgesetzt hatte. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

100) **C. D. Spivek. Ein ketzerisches Urtheil über einen klassischen Fall von Divertikel der Speiseröhre. (Iconoclastic revision of a classical case fo diverculum of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines in allen Lehrbüchern als ein klassischer Fall von Speiseröhrendiverkel angeführten Falles von Bychowsky. Verf. bekam den Patienten 14 Jahre später als Bychowsky in Beobachtung und es stellte sich heraus, dass es sich um einen Spasmus und kein Divertikel handelte, was dann durch die Autopsie bestätigt wurde. EMIL MAYER.

101) **Benj. A. Thomas. Oesophagoskopie und Gastroskopie zur Diagnose. (Esophagoscopy and Gastroscopy in diagnosis.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. October 1909.*

Verf. bespricht die Vortheile der directen Untersuchung, besonders für die frühzeitige Diagnose des Carcinoms.

Für die Gastroskopie soll stets, für die Oesophagoskopie nur selten die allgemeine Narkose angewandt werden. Für Sonden, Münzenfänger etc. ist in der modernen Chirurgie kein Platz mehr. EMIL MAYER.

102) **Max Einhorn. Idiopathische Dilatation der Speiseröhre. (Idiopathic dilatation of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Januar 1910.*

Verf. giebt zunächst eine Beschreibung der Symptome: Es treten während des Essens Erstickungsanfälle auf und Patient muss grosse Mengen Wasser herunterschlucken, um Erleichterung zu bekommen. Während der Nacht tritt infolge davon, dass bei der liegenden Position Speiseröhreninhalt in den Mund zurückfliesst, Erbrechen auf, und zwar sind die erbrochenen Massen frei von Schleim.

Eine Stunde vor der Untersuchung trinkt der Patient etwas schwaren Kaffee und unmittelbar vor der Untersuchung ein Glas Wasser. Dann wird eine Magensonde circa 38 cm tief eingeführt, die durch sie herausgeheberte Flüssigkeit besteht aus reinem Wasser ohne Kaffeebeimengung; wird nun die Sonde 46 cm weit vorgeschoben, so erhält man Kaffee.

E. hat einen metallischen Dilatator mit Gummispitze angegeben.

EMIL MAYER.

103) **P. M. Hickey. Fremdkörper in der Speiseröhre und den unteren Luftwegen. (Foreign bodies in the oesophagus and lower air passagos.)** *Journal Michigan State Medical Society. Januar 1910.*

Verf. theilt 7 Fremdkörperfälle der Speiseröhre mit (6 Münzen und 1 Knopf). Einer der Patienten starb an Bronchopneumonie nach den Extractionsversuchen, in einem Falle wurde der Oesophagus durch eine Incision von aussen freigelegt und durch äussere Manipulationen der Fremdkörper nach unten in den Magen gestossen. In zwei Fällen wurden die Münzen mit Hülfe der Oesophagoskopie entfernt. In einem Falle trat 48 Stunden nach der glücklichen Entfernung des Fremdkörpers Dyspnoe auf, die die Intubation nöthig machte.

Verf. berichtet ferner über einen Fall, in dem eine geschlossene Sicherheitsnadel aus dem rechten Bronchus mittels eines grossen Magneten in die Trachea befördert und von dort entfernt wurde. EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Patrick Watson Williams. Rhinology. A text book of diseases of the nose and the nasal accessory sinuses. Longmans, Green & Co. London.

Das Buch ist in 14 Capitel getheilt. In einem Anhang sind eine Anzahl von Receptformeln abgedruckt, wie sie der Verf. in seiner Praxis anwendet; auch ist eine kurze Anweisung zur Ausführung von Sectionen der Nasenhöhle gegeben. Das Buch ist reich illustrirt. Eine Besonderheit stellen die ganz ausgezeichneten stereoskopischen Tafeln zur Erläuterung der anatomischen Verhältnisse dar.

Capitel I handelt von der Untersuchung der Nasenhöhle; es ist gut und anschaulich. Verf. empfiehlt für die Rhinoskopia posterior besonders Dan Mackenzie's Convexspiegel.

Capitel II giebt einen ausgezeichneten Ueberblick über die Anatomie und Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Referent hat den Eindruck, als ob Verf. dazu neigt die Bedeutung der Nasenathmung etwas zu überschätzen, wenngleich er damit nur der modernen Anschauung Rechnung trägt. Auch scheint es, dass Capitel I und II zweckmässig ihre Reihenfolge geändert hätten.

In Capitel III werden acuter und chronischer Nasenkatarrh, purulente Rhinitis, Rhinitis hyperplastica und atrophicans behandelt, ebenso Nasendiphtherie, Rhinitis fibrinosa, caseosa, ferner Xanthose, Furunkel und Abscess des Naseneingangs. Die Classification der Rhinitiden halten wir nicht für glücklich, und eine nochmalige Eintheilung des chronischen Nasenkatarrhs in chronischen und hypertrophischen Katarrh scheint durch die klinische Erfahrung nicht für gerechtfertigt. Oft finden wir die „strumöse" Diathese erwähnt. Ich möchte fragen: Was ist das vom Standpunkt der modernen Medicin betrachtet? Wir vermissen eine Andeutung des Zusammenhangs zwischen Tuberculose und atrophischen Katarrh, wenn auch die Angabe des Verf., dass die Ozaenakranken sich im Allgemeinen einer guten Gesundheit erfreuen, mit unseren Erfahrungen übereinstimmt.

Capitel IV enthält eine sehr gute Schilderung der Nasensyphilis. Bei der Tuberculose werden Schmerzen und Foetor als hervorstechende Symptome erwähnt: vom Lupus wird gesagt, dass er sehr selten sei ausser bei gleichzeitig bestehender Erkrankung der äusseren Haut — Angaben, die mit den Erfahrungen des Referenten nicht in Uebereinstimmung stehen; den Schluss des Capitels bildet ein interessanter Abschnitt über „Henpuye", eine auf Hyperostose der Nasenbeine beruhende Tropenerkrankung.

Capitel V handelt hauptsächlich von den adenoiden Vegetationen, enthält aber auch einiges über congenitale Stenose und Nasenrachenkatarrh.

In Capitel VI beschreibt Verf. die Geschwülste der Nase. Anstatt, wie Verf. räth, die Polypen mit der schneidenden Zange an ihrer Basis durchzuschneiden, zieht Referent vor, die Schlinge anzuwenden. Referent vermisst einen Hinweis auf

den einfachen Choanalpolypen, der nach neueren Angaben wenigstens in manchen Fällen seinen Ursprung in der Highmorshöhle haben soll. Er ist keineswegs davon überzeugt, dass die auf Seite 99 beschriebenen polypoiden Cysten gewöhnlich von der unteren Muschel ausgehen. Für die Entfernung der malignen Neubildungen beschreibt Verf. die osteoplastische Operation, wie er sie zur Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen angegeben hat.

Capitel VII enthält die Erkrankungen der Nasenscheidewand. Von den sogenannten idiopathischen Perforationen meint Verf., dass sie stets durch Staub verursacht werden. Bei der submucösen Resection räth Verf. zur Anlegung eines Schnittes auch auf der concaven Seite. Referent ist erfreut, zu sehen, dass beim Nasenbluten nicht empfohlen wird, die Patienten hinzulegen, worauf er stets hingewiesen hat. In diesem Capitel wäre ein genaueres Eingehen auf das habituelle Nasenbluten und seine Behandlung erwünscht gewesen.

Capitel VIII handelt von den Fremdkörpern, das treffliche Capitel IX von den äusseren Verunstaltungen der Nase, das interessante aber unvollständige Capitel X von den nasalen Neurosen.

Die übrigen Capitel behandeln die Erkrankungen der Nebenhöhlen, sie sind unseres Erachtens die besten des Buches.

Auf Seite 165 theilt Verf. die Sinusitiden in 1. latente, 2. manifeste, 3. offene und 4. alternirende. Etwas weiter theilt er sie in „offene“ und „geschlossene“, eine besser verständliche Eintheilung. Verf. beschreibt eine ingeniöse Zange zur Eröffnung der Highmorshöhle von der Nase aus; ferner eine Trephine zur radicalen Antrumoperation, mittelst deren er sowohl die Eröffnung der Fossa canina macht, als auch die Oeffnung von der Highmorshöhle in die Nase. Bei der Beschreibung ist es dem Referenten nicht deutlich geworden, wie die Trephine durch die Oeffnung in der Fossa canina eingeführt wird. Verf. sagt: „Ich mache einfach mit meiner Antrumtrephine eine sixpencegrosse Oeffnung in der Fossa canina, wobei das kreisförmige Knochenstück in der Trephine bleibt“, und fährt dann, ohne irgend etwas über die Erweiterung dieser Oeffnung gesagt zu haben, in der Beschreibung folgendermaassen fort: „Dieselbe Trephine wird dann durch die Oeffnung in der Fossa canina eingeführt, bis sie gegen den Theil des unteren Nasenganges gedrückt wird, der entfernt werden soll.“ Auf Seite 232 beschreibt Verf. genau seine osteoplastische Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle.

Nachdem Referent so einen Umriss vom Inhalt des Buches gegeben, möchte er dem Autor und dem Verleger sein Compliment aussprechen. Das Werk, das Sir Felix Semon gewidmet ist, trägt ein durchaus modernes Gepräge. Hervorgehoben sei auch, dass die Literaturangaben sich auf alle Nationen beziehen. Es dürfte von Vortheil sein, wenn die Verfasser deutscher Lehrbücher, die sich bei ihren Angaben so häufig auf die Literatur des eigenen Landes beschränken, sich daran ein Beispiel nähmen.

P. Mc. Bride.

b) 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association.
Boston, 31. Mai bis 2. Juni 1909.
(Fortsetzung und Schluss.)

Harmon Smith (New York): Ein Fall von Kehlkopfcarcinom, der 13 Jahre unter Beobachtung ist; Laryngectomie.

Der Fall war ursprünglich unter Beobachtung von Gleitsmann, der seiner Zeit über ihn der Versammlung berichtet hat. Patient hatte ursprünglich einen weisslichen Tumor des Larynx; es sprach alles für Carcinom, obwohl die frühere mikroskopische Diagnose lautete: „Papilloma durum, wahrscheinlich maligne, möglicherweise carcinomatös". Pat. liess nichts mit sich vornehmen und entzog sich der Behandlung bis zum Jahre 1907. Kurze Zeit später constatirte der pathologische Anatom an einem neuen Präparat, dass der Tumor nun einen malignen Charakter angenommen hatte. Schliesslich wurde von George F. Brewer die Larynxexstirpation vorgenommen. Der Verlauf nach der Operation war normal. Man fand, dass der Kehlkopf ausgefüllt war von einer beweglichen Geschwulst, die fast von der ganzen rechten Seite ausging und hinten und vorne die Mittellinie nicht überschritt. Sie hatte eine weisse unregelmässige Oberfläche. Die Schnitte zeigten unter dem Mikroskop das Aussehen eines Plattenepithelkrebses; andere Schnitte zeigten ein durchaus verschiedenes Aussehen.

D. Bryson Delavan macht auf die Unzuverlässigkeit der älteren Statistiken über die chirurgischen Resultate bei Kehlkopfkrebs aufmerksam. Er ist der Ansicht, dass es für diese Erkrankungen Specialchirurgen geben müsse.

Chevalier Jackson theilt die Ansicht des Vorredners in Bezug auf die Statistiken. Es giebt Fälle, in denen der Operateur sagt: „Dieser Patient wird an seinem Kehlkopfkrebs sterben, aber wir wollen ihn jedenfalls der Uebung halber operiren", und diese Fälle gehen dann in die Statistiken über.

J. W. Gleitsmann (New York) erinnert daran, dass Sir Felix Semon über einen ähnlichen Fall berichtet hat; er hat ihn seiner Zeit auch auf den wahrscheinlich malignen Charakter des hier vorgestellten Falles hingewiesen, was sich jetzt also als richtig erwiesen hat.

J. Price-Brown (Toronto) berichtet über neue Fälle von Sarkom, die er seit Kurzem beobachtet hat, und referirt die früher der Gesellschaft mitgetheilten.

J. E. Logan (Kansas City) theilt seine Erfahrungen über Nasensarkom mit; er befürwortet die galvanokaustische Behandlung.

H. L. Swain (New Haven): Es ist möglich, die ganze laterale Nasenwand mit dem Sarkom mit ausgezeichnetem Resultat zu entfernen.

W. L. Ballenger (Chicago) verfügt über einen noch jetzt im besten Wohlsein lebenden Fall, den er vor 6 Jahren mit Zange und Messer operirt hat. Nasensarkome seien nicht so maligne, als die Sarkome anderer Körperregionen.

F. C. Cobb (Boston) macht darauf aufmerksam, wie schwer es ist, kleine Rundzellengeschwülste, die durch irgendwelchen Traumatismus verursacht sind, von Sarkomen zu unterscheiden.

T. Passmore Berens (New York): Primärer Krebs der Trachea.

B. hat in der Literatur 30 authentische Fälle gefunden. Sein Pat. war ein 55jähriger Mann. Die ersten Symptome bestanden in hartnäckigem Husten mit nachfolgender Dyspnoe. Beide Stimmlippen waren geröthet und verdickt; am zweiten Trachealring begann eine grauröthliche sammetartige Masse, die das Lumen der Trachea umgab und ungefähr auf ein Drittel des Normalen verengte. Pat. wurde in das Hospital aufgenommen und die Trachea vom Kehlkopf bis zum Sternum eröffnet; die Geschwulst erstreckte sich noch um ein Geringes tiefer; sie adhärirte den Ringen nicht und überschritt nicht die Trachea. Der Larynx war frei. In Anbetracht der Ausdehnung der Geschwulst war eine Resection der Trachea ausser Frage; die Geschwulst wurde durch Curettage entfernt und das Aussehen der Trachea darnach normal. Pat. starb 3 Wochen darnach an Lungenödem und Herzschwäche. Mikroskopische Diagnose: Cylinderzellencarcinom.

E. L. Shurly hat gesehen, dass ein ähnlicher Fall von dem pathologischen Anatom als Angiom diagnosticirt wurde. Der Pat. starb in Folge einer Hämorrhagie nach Curettage durch die Tracheotomiewunde.

Otto F. Freer (Chicago): Nasentuberculose; zwei Fälle.

F. giebt eine Beschreibung der Nasentuberculose und ihrer Beziehung zum Lupus. Sein erster Fall betraf ein junges Mädchen, das dreimal operirt worden war. Zuerst war die ganze mittlere Muschel entfernt worden und auch das Gewebe vom hinteren Rand des Septum, das das Aussehen eines ulcerirenden Tumors hatte. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkel mit Riesenzellen. Einige Wochen später Recidiv, wiederum Operation, die jedoch nur für eine Zeitlang Erfolg hatte. Die dritte Operation wurde in Narkose gemacht und es wurde die ganze rechte Siebbeinregion ausgeräumt. Die mikroskopische Untersuchung ergab typische Tuberkel mit Riesenzellen und einige Bacillen. Pat. erfreut sich jetzt blühender Gesundheit.

Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, die ein Beispiel für die infiltrative Form bot. Es bestand auf beiden Seiten des Nasenrückens eine Schwellung, eine Verdickung des Septums mit Ulcerationen. Die Ausdehnung der Infiltration machte eine völlige Entfernung unmöglich und man beschränkte sich darauf, die Nase frei zu machen. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose. Tuberculininjectionen wurden gemacht ohne merkbaren Effect; Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung.

Scott Rënner (Buffalo): Fall von Nasentuberculose.

Bei der 28jährigen, sonst völlig gesunden Frau waren beide Nasenhälften völlig verlegt durch einen birnförmigen Tumor, der an Stelle des Septums sass. Mikroskopische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes ergab, dass es sich um Tuberculose handelte. Die Lungen waren gesund. Es sollen früher Drüsenabscesse am Halse bestanden haben. Die Geschwulst wurde stückweise entfernt bis auf den Knorpel, ebenso später das vordere Ende der rechten unteren Muschel, das infiltrirt erschien. Milchsäureapplication und galvanokaustische Aetzung der Wundränder; Jodoformgazetamponade bis zur eingetretenen Heilung. R. glaubt

nicht, dass es sich um eine primäre Nasentuberculose handelte, in Anbetracht der alten Narben am Halse.

Emil Mayer (New York) macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose in den frühen Stadien dieser Fälle aufmerksam. Er ist nicht dafür, dass die Bezeichnung Lupus aus unserer Nomenclatur verschwinden soll. Die Grösse der Geschwulst in der Nase erlaubt keinen Schluss auf ihre Natur.

Lewis A. Coffin (New York): Thrombose des Sinus cavernosus.

59jährige Frau, die die typischen Erscheinungen einer Stirnhöhleneiterung bot und bei der die Killian'sche Operation gemacht worden war. In dem Sinus fanden sich weder Polypen noch Granulationen, dagegen war die Schleimhaut durch Congestion verdickt. Es entwickelte sich eine Chemosis des unteren Augenlides, während das vorher bestehende starke Oedem des Auges, durch welches das Sehvermögen bedroht schien, in Folge der Operation zurückgegangen war. Es wurde angenommen, dass es sich um eine Thrombose des Sinus handelte. Heilung trat ohne weitere Operation ein.

Lewis A. Coffin: Teratom des weichen Gaumens.

66jährige Frau, bei der man einen kleinen Tumor hinter und oberhalb der Uvula von der Form der letzteren fand; er hing frei in den Rachen hinein und erwies sich als Teratom.

W. L. Ballenger bezweifelt in dem ersten von Coffin berichteten Fall die Diagnose Sinusthrombose. Auch rechtfertigt nach seinen Erfahrungen das Ergebnis der Röntgenaufnahme allein noch nicht die Operation.

Frederic C. Cobb (Boston): Bakteriologie der normalen Nase.

C. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Hauptquelle der Bakterien in der Nase ist das Vestibulum. 2. Desinfection mit Peroxyd und Bichlorid sterilisiren das Vestibulum von allen Mikroorganismen mit Ausnahme des Staphylococcus. 3. Desinfection mit Harrington'scher Lösung (Sublimat 2,0, Acid. hydrochlor. 150,0, Alkohol 70proc. 2500) desinficirt das Vestibulum von allen Keimen. 4. In den dennoch Bakteriengehalt zeigenden Fällen muss ein Fehler in der Technik gemacht sein. 5) Culturen in pathologischen Fällen können nur dann als zuverlässig angesehen werden, wenn das Vestibulum steril gemacht war und jede Form von Staphylococcus sollte in Bezug auf die ätiologische Bedeutung bei jeder Nasenkrankheit mit Misstrauen angesehen werden in Anbetracht der Schwierigkeit, diesen Mikroorganismus aus der normalen Nase zu eliminiren.

George B. Wood ist der Ansicht, dass das Naseninnere, besonders dessen hinterer Theil, bei normalen Individuen steril ist. Auch normale Nebenhöhlen sind steril.

J. M. Ingersoll (Cleveland): Nase und Nasenrachen bei Säuglingen und kleinen Kindern.

In Bezug auf die Entwickelung des adenoiden Gewebes im Nasenrachen wird gesagt, dass in Anbetracht der kleinen Mundhöhle und der Gestalt des Nasenrachens bei kleinen Kindern eine Curette mit gradem Griff, zu dem das Messer in

einem Winkel von 55° abgebogen ist, am besten passen würde. Das Fein'sche Messer gestattet eine grosse Latitude in den Bewegungen der Curette und passt sich gut den Conformationen des Nasenrachens an. Die Form des Nasenrachens bei kleinen Kindern macht es unmöglich, eine vollständige Entfernung der Vegetationen mit einer Zange zu machen.

Hudson Makuen (Philadelphia): Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung.

Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung differirt in wichtigen Punkten von ihrer Thätigkeit bei der passiven Athmung; während die Function des Zwerchfells bei der passiven Athmung eine inspiratorische ist, muss sie bei activer oder künstlicher Athmung eine exspiratorische sein. Obwohl das Zwerchfell gewöhnlich zu den unwillkürlichen Muskeln gerechnet wird, kann, wie das auch bei vielen anderen sogenannten unwillkürlichen Muskeln der Fall ist, es durchaus dem Willen unterworfen werden. Der richtige Gebrauch der Athemmuskeln für Singen und Sprechen kann nur durch Uebung erlangt, und müsste durch Stimmbildungslehrer gelehrt werden.

J. Payton Clark fragt, ob Makuen bei seinen Beobachtungen den Fluorescenzschirm benutzt hat.

Makuen erwidert, dass bisher seine Erfahrungen bei diesen Untersuchungen mit dem Fluorescenzschirm ungenügende waren.

W. L. Ballenger (Chicago): Die Wahl einer Operation zur Correction obstruirender Nasenscheidewanddeviationen; eine persönliche Anschauung.

B. sagt, obwohl er ein eifriger Anhänger der submucösen Resection sei, so sei doch deren Technik oft schwierig, die für die Operation erforderliche Zeit lang dauernd, und manche Schwierigkeiten vorhanden. Die Operation sollte für die Fälle reservirt bleiben, die durch andere und einfachere Maassnahmen nicht zu corrigiren sind. Bei der Wahl der Operation sollen gewisse fundamentale Grundsätze massgebend sein. Der Knorpel hat eine Tendenz, in seine frühere Stellung zurückzukehren. Knochen dagegen, wenn er fracturirt und in eine neue Stellung gebracht wird, zeigt nur wenig Neigung, in die frühere Stellung zurückzukehren. Die Roe'sche Operation sollte daher in den Fällen gewählt werden, wenn die obstruirende Deviation sich auf die Lamina perpendicularis des Siebbeins beschränkt und die vom Redner angegebene Operation, wenn das Hindernis auf den Vomer beschränkt ist. Jede Operation, die wie die Ash'sche das lange Tragen von Tuben oder Stützen in der Nase erforderlich macht, ist nach Ballenger's Ansicht ungerechtfertigt. Bildung von nicht abgeschrägten Lappen, die theilweise selbsthaltend sind (Sluder's Operation), sind anwendbar bei hochgradigster winkligen Deviationen des Kindesalters. Bildung selbsthaltender abgeschrägten Lappen ist rationeller bei der Correction von Deviationen, die sich auf das knöcherne Septum beschränken (Watson, Gleason, Price Brown). Die submucöse Resection findet ihre specielle Anwendung bei Deviationen, die sowohl knorpelige als knöcherne Antheile des Septum betreffen.

Freer (Chicago) verwirft alle fracturirenden Eingriffe und betrachtet sie als einen Rückschritt.

Roe (Rochester) ist ein Anhänger der fracturirenden Operationen. Die submucöse Resection ist von Vortheil in Fällen mit ausgesprochener Verdickung des Septums. Ist das knöcherne Septum dünn und einfach verbogen, so würde es absurd sein, das knöcherne Stützwerk zu entfernen. Bei jeder Septumoperation, welcher Art sie auch sein möge, zur Correction von knöchernen Deviationen, ist die fracturirende Zange als Ergänzung unentbehrlich.

Ballenger sagt im Schlusswort, dass er bisweilen zwei Stunden für die Freer'sche Operation brauche, während die von ihm empfohlene Operation in zwanzig Minuten gemacht werden könne. Er giebt zu, dass die Freer'sche Operation die besten Resultate giebt, wenn man sich Zeit genug lässt und der Pat. die nöthige Ausdauer hat. Erblindung, sogar Tod, auch Einsinken des Nasenrückens sind als Folge der submucösen Resection erlebt worden.

Thomas J. Harris (New York): Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall von Status lymphaticus bei einem wegen Mandelhyperplasie unter Cocain-Adrenalininfiltration operirten Patienten.

Es handelte sich um einen 30jährigen Russen, der anscheinend ganz gesund war. Nach der Cocain-Adrenalininjection wurde der Patient blass und erbrach. Es trat tiefe Cyanose auf. Die Operation wurde schnell beendet. Pat. war pulslos, die Athmung bestand noch eine Weile. Das Symptomenbild war ähnlich dem des Thymustodes. Die Autopsie ergab eine ausgesprochene Dilatation des rechten Herzohrs, eine Schwellung des rechten Ventrikels, vergrösserte Drüsen in der Achselhöhle und der Leistengegend; die Thymusdrüse wog 18 Gramm. Die Todesursache war aller Wahrscheinlichkeit nach eine Dilatation des rechten Ventrikels in Folge Thymushyperplasie, wobei Cocain und Adrenalin als excitirende Ursachen wirkten.

Thomas Hubbard berichtet über einen Todesfall durch Adrenalin aus seiner Praxis. Sein Patient war ein junger gesunder Mann, bei dem unter Chloroform-Aethernarkose eine Septumoperation gemacht wurde. Jeder Reflex war normal und die Athmung erschien ungestört. Zum Zweck der Blutstillung wurde eine Adrenalininjection gemacht, da aber diese vorbeiging und Pat. den Inhalt verschluckte, so wurde eine zweite gemacht, so dass er wahrscheinlich 15 bis 20 Tropfen erhielt. Während der zweiten Injection wurde die Herzaction unregelmässig; Pat. machte noch 12 oder 13 Athemzüge und war todt.

H. L. Swain hat einen Fall von Thymusvergrösserung in seiner Behandlung gehabt; die äussere Anwendung von Adrenalin bewirkte genügende Schrumpfung der Drüsenschwellung, so dass die Athmung wieder ohne Beschwerden vor sich ging. S. meint, dass die Annahme Hubbard's richtig sei, wonach in diesen Fällen das Mittel in das Blut übergehe und unmittelbar eine Contraction aller Gefässe bewirke.

J. O. Roe bezweifelt, ob in dem Fall von Harris alles der Wirkung des Adrenalins zuzuschreiben sei. Viele Patienten besitzen eine besondere Empfindlichkeit gegenüber dem Cocain.

Harris glaubt nicht, dass in seinem Falle der deletäre Effect dem Cocain zuzuschreiben sei.

George A. Leland (Boston): Nasen- und Rachenaffectionen als ursächliche Factoren bei Ohrkrankheiten. (Gemeinsame Sitzung mit der American Otological Society.)

Viele Ohrkrankheiten, die manchmal lebensbedrohend sind, haben ihre Ursache im Nasenrachen. Redner giebt eine genaue Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Eustachischen Röhre; es werden die Wirkungen der normalen Athmung auf die Bewegungen des Trommelfells erörtert. Eine Störung dieser Functionen führt zu mangelhafter Ventilation und unvollkommener Drainage des Mittelohrs. Es werden dann die daraus resultirenden Störungen seitens des Gehörorgans erörtert. Ohrenschmerzen, auch wenn sie noch so geringfügig sind, erfordern Behandlung. Adenoide Vegetationen müssen, sobald sie entdeckt sind, entfernt werden. Auch die Rosenmüller'sche Grube muss gereinigt werden. Unter Leitung des Vortragenden wurden 127 Scharlachfälle im Boston City Hospital in Bezug auf Vergrösserung des lymphatischen Gewebes im Nasenrachen untersucht: 43 wurden ohne Adenoide befunden, von den 84 Trägern von Adenoiden waren 72 ohne Ohrencomplicationen, weder vorher noch gegenwärtig; von den 12 mit Ohrenstörungen, sei es acuter oder chronischer Natur, hatten alle adenoide Wucherungen. L. sagt, dass Kinder mit Ohrenschmerzen stets Adenoide haben. Er bespricht dann die reflectorischen Ohrschmerzen, die von den Zähnen, erkrankten Tonsillen, Seitenstrangpharyngitis etc. ausgehen, ferner den Schwindel, der durch Nasenverstopfung bedingt ist.

James E. Logan (Kansas City): Chronische epipharyngeale Periadenitis bei Erwachsenen.

Die Affection, die L. an sechs Beispielen genau beschreibt, besteht in einer Entzündung des Gewebes in der Nachbarschaft der Bursa pharyngea, die zu Symptomen ähnlich denen bei Keilbeineiterung führen kann. Diese Entzündung scheint nicht nur das lymphatische Gewebe, sondern auch die Muskeln, Blutgefässe und das Bindegewebe zu betreffen. L. giebt detaillirte mikroskopische Befunde solcher Fälle. Der Effect solcher Entzündungen auf das Gehörorgan ist evident. Treten wiederholte Attacken auf, so werden die Patienten besonders anfällig für acute Rhinitiden und Influenzaanfälle. Die Behandlung besteht in totaler Entfernung des erkrankten Gewebes.

Francis R. Packard (Philadelphia): Die Bedeutung gründlicher Untersuchung des Nasenrachens bei der Behandlung der Ohrkrankheiten.

P. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. In jedem Fall von Mittelohrerkrankung ist eines der wichtigsten Erfordernisse eine gründliche Untersuchung des Nasenrachens. 2. Diese Untersuchung soll nicht nur mit dem Spiegel, sondern auch mit dem Finger geschehen, nicht nur vor, sondern auch nach der Ausräumung des Nasenrachens. 3. Bei Kindern soll der Nasenrachen von der Nase aus vor der Digitaluntersuchung cocainisirt werden. Dasselbe soll bei Erwachsenen geschehen, die den Spiegel nicht vertragen. 4. Obwohl die Bedeutung von Geschwulst-

bildungen und Entzündungszuständen des Nasenrachens für das Ohr schon lange bekannt ist, so ist die Bedeutung von Adhäsionen im Nasenrachenraum für das Zustandekommen von Ohrkrankheiten sehr übersehen worden, hauptsächlich wegen der Schwierigkeiten der Untersuchung des Nasenrachens.

E. A. Crickett (Boston) meint, dass Nasenoperationen zur Besserung von Hörstörungen oft indicationslos und unter unerfüllbaren Versprechungen gegenüber dem Patienten gemacht werden. Otosklerose ist eine Erkrankung, die keinen Ursprung im Nasenrachenraum hat und Nasenoperationen haben dabei keinen Zweck. Bei der Operation der adenoiden Wucherungen muss man darauf bedacht sein, die Rosenmüller'sche Grube von Vegetationen zu reinigen.

O. T. Freer (Chicago) betont, wie wichtig es sei, bei der Adenoidenoperation gründlich zu verfahren; er empfiehlt zu diesem Zweck den Gebrauch der von ihm angegebenen Zange. Er hat gesehen, dass das Hörvermögen nach Septumresection sich wieder herstellt und hält sie daher in ausgewählten Fällen für gerechtfertigt.

G. L. Richards empfiehlt für die Digitalexploration des Nasenrachens die dünne Gummikappe für den Finger. Eine besondere Curette ist für die Rosenmüller'sche Grube empfohlen worden.

F. P. Emerson (Boston) lenkt die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Adhäsionen an den Lippen der Rosenmüller'schen Grube, sondern auch auf das degenerirte Gewebe in deren Tiefe. In solchen Fällen kann einseitige Taubheit mit Ohrensummen bestehen. Diese Fälle können mit dem Spiegel nicht diagnosticirt werden, es ist dazu der Finger nöthig.

Emil Mayer (New York) empfiehlt die Anwendung des kürzlich angegebenen Pharyngoskops zur Diagnose in solchen Fällen.

Percy Friedenberg (New York) sagt, das Pharyngoskop könne von den Patienten 10 Minuten lang ertragen werden. Es ermöglicht uns, verschiedene Veränderungen an den Tubenöffnungen beim Schlucken, Würgen, Husten etc. zu studiren. Wir sehen auf diese Weise, dass auch bei Anwesenheit von adenoiden Vegetationen eine normale Contraction des weichen Gaumens und der Muskeln um die Tuben eintreten kann.

G. E. Shambaugh (Chicago) sagt, dass vernachlässigte Fälle, die im mittleren Lebensalter zu uns kommen, mit narbigen Veränderungen am Trommelfell etc. nicht durch Operation gebessert werden können.

J. Payton Clark (Boston) ist nicht der Ansicht, dass jeder Fall von adenoiden Vegetationen eine chirurgische Behandlung erfordere.

Alex Rendall (Philadelphia) betont die Wichtigkeit der Massage. Er hat niemals von der Ausräumung der Rosenmüller'sche Grube brillante Resultate gesehen.

Von folgenden Vorträgen werden nur die Titel verlesen:

H. L. Swain (New Haven): Fibrom des Nasenrachens.

John R. Winslow (Baltimore): Bericht über Fälle, die unsere Fortschritte in der Behandlung von chronischen Stenosen des Larynx und der Trachea illustriren.

Zum Präsidenten für das nächste Jahr wird ernannt: James E. Logan (Kansas City); Vicepräsidenten: Cornelius G. Coakley (New York City) und Harris P. Mosher (Boston); Secretär: James E. Newcomb (New York City).

Als Ort der nächsten Tagung wird Washington bestimmt.

Emil Mayer (New York).

IV. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Berlin, 30. August bis 2. September 1911.

Die Referate und Referenten sind folgendermaassen bestimmt:

1. Die Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Laryngologie: Gutzmann (Berlin), Struyken (Breda).
2. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Indicationen und Contraindicationen: Killian (Freiburg), Chevalier Jackson (Pittsburg), Kahler (Wien).
3. Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachens in seinen Beziehungen zum übrigen Körper: Poli (Genua), Broeckaert (Gent), Logan Turner (Edinburgh).
4. Die sogenannten fibrösen Nasenrachenpolypen; Ort und Art ihrer Insertion: Jacques (Nancy), Hellat (St. Petersburg).

Personalnachrichten.

Sir Felix Semon ist zum Ehrenpräsidenten der Madrider Gesellschaft für Laryngologie ernannt worden.

Prof. Réthi (Wien) ist correspondirendes Mitglied der American Laryngological Association geworden.

Prof. Onodi in Budapest ist zum Leiter der daselbst neu begründeten Universitäts-Klinik für Hals- und Nasenkranke ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, August. 1910. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals, Medicamente, Instrumente.

1) **L. Arzt** und **B. Grossmann** (Wien). **Zur Frage der Bedeutung der Wassermann'schen Reaction in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Autoren untersuchten 52 Fälle der verschiedenartigsten Erkrankungen. Von den in zwei Gruppen getheilten Fällen zeigten unter 22 mit klinisch nachweisbarer Lues 19 eine positive Reaction; von 4 Fällen „überstandener Lues", die zur Zeit keine klinisch nachweisbaren Erscheinungen zeigten, reagirte einer positiv. Die zweite Gruppe (Ozaena syphilitica, Rhinitis atroph. chron. ohne Foetor, Nasennebenhöhlenempyem), die weder anamnestisch noch klinisch einen Anhaltspunkt für luetische Infection darbot, enthielt 26 Fälle; sämmtliche reagirten negativ. Unter Hinweis auf das gleiche negative Resultat der serologischen Untersuchung bei Ozaena simplex — im Gegensatz zur „Ozaena syphilitica" —, wie es Sobernheim, Eisenlohr und Alexander bei insgesammt 58 Fällen erhielten, kommen Autoren zu dem Schluss, „dass für die Luesätiologie der Ozaena simplex keinerlei Beweisgründe durch die serologischen Untersuchungen beigebracht werden können, sondern dass im Gegentheil die Lues als ätiologisches Moment der Ozaena simplex nicht angesprochen werden kann". Die Wassermann'sche Reaction stellt eine werthvolle Untersuchungsmethode in der Rhino-Laryngologie dar. HECHT.

2) **Herz. Ueber eine Form der falschen Dyspnoe („Seufzerkrampf").** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1909.*

Als Seufzerkrampf wird jene Steigerung des Seufzens bezeichnet, welche weit über den bei der Phrenokardie gewöhnlich zu beobachtenden Grad hinausgeht und dem Willen des Patienten nicht unterliegt. H. spricht ihn als psychogene Neurose an. In differentialdiagnostischer Hinsicht besonders gegen Athemstörungen cardialen und renalen Ursprungs zu beachten. HANSZEL.

3) **Mayer. Symmetrische chronische tuberculöse Lymphadenitis des Halses. (Lymphadénite tuberculeuse chronique symétrique du cou.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 7. 1910.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel am 20. Januar 1910 zeigt M. Lymphdrüsen vor von einem 39jährigen Bierbrauer, starkem Biertrinker. Der Fall ist interessant durch die Ausbreitung der Läsionen, welche im Verlaufe von 15 Jahren den ganzen Hals ergriffen hatten, so dass sie dem Kopfe ein birnförmiges Aussehen verliehen, analog dem beim Mumps, mit Behinderung der Deglutition und Respiration. Die in zwei Zeiten vorgenommene Enucleation brachte etliche 50 hühnerei- bis wallnussgrosse Knoten zu Tage, die sich tief bis in den Nacken hinein erstreckten. In der Zwischenzeit zwischen den beiden Operationen machte man von der Radiotherapie Gebrauch, welche die zweite Operation erleichterte.

PARMENTIER.

4) **Hofmann** (Meran). **Intrathoracische Luftfistel seltener Aetiologie und ihre plastische Deckung durch einen Hautperiost-Knochenlappen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 92. 1910.*

Im Anschluss an eine tuberculöse Drüseneiterung am Halse hatte sich ein mediastinaler Abscess gebildet, der secundär zur Arrosion der Trachea und zur Entstehung einer Luftfistel führte. Heilung auf operativem Wege.

SEIFERT.

5) **Rouvillois** (Paris). **Ueber einen Fall von Aktinomykose der Regio suprahyoidea. (Sur un cas d'actinomycose de la région sus-hyoidienne.)** *Société de Chirurgie de Paris. 14. December 1909.*

Bei einem Kutscher bildete sich in der Mittellinie über dem Zungenbein ein Abscess; im Eiter fand sich der Strahlenpilz. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Küll** (Radevormwald). **Ein Fall von Kiemengangeiterung.** *Med. Klinik. 15. 1910.*

16 Tage altes Kind mit grosser glatter Geschwulst der vorderen Halspartie, durch eine mediane Furche in zwei Säcke getheilt. Bei Druck auf die linke Halsseite entleert sich unter dem linken seitlichen Zungenrande Eiter in die Mundhöhle. Incision der beiden Säcke. Heilung.

SEIFERT.

7) **Veau** und **Ollivier** (Paris). **Abtragung der Thymus, Technik, Resultate. (Ablation du thymus; technique; résultats.)** *Presse médicale. April 1910.*

Die Verff. beschreiben die Technik der subcapsulären totalen Thymectomie: 3 cm lange Incision, die 1,5 cm weit auf das Manubrium sterni übergeht; Blosslegung des oberen Randes des letzteren, Durchschneidung der beiden Aponeurosen. Die Drüse springt bei jeder Exspiration 1—2 cm weit hervor; man wählt diesen Moment, um mit einer Zange die Kapsel zu fassen, sie loszulösen und den vorliegenden Lappen — es ist immer der linke — zu enucleiren, ebenso dann den rechten. Keine Drainage.

Die Verff. haben in ihren 4 Fällen sich der Chloroformnarkose bedient, ohne dass ein Zwischenfall eingetreten wäre.

GONTIER de la ROCHE.

8) **Weill, Pehu, Chalier** (Lyon). **Ueber einen chirurgisch behandelten Fall von Thymushypertrophie bei einem vier Monate alten Kinde. (Sur un cas traité chirurgicalement de hypertrophie du thymus chez un enfant de quatre mois.)** *Lyon médical. 10. April 1910.*

Das Kind litt seit seit seiner Geburt an Convulsionen und Laryngospasmen. Bei der Exspiration fühlte man einen suprasternalen Tumor. Die Operation verlief tödtlich infolge Vereiterung der Operationswunde. Die Autoren empfehlen die einfache Resection des Manubrium sterni ohne Abtragung der Thymus.

GONTER de la ROCHE.

9) **Wittmaack** (Jena). **Ueber die neueren Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.** *Correspondenzblätter d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 4. 1910.*

Der Hauptsache nach kurzer Bericht über die Killian'sche Tracheo-Bronchoskopie und das Brünings'sche Instrumentarium.

SEIFERT.

10) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens, der Ohrtrompete und der hinteren Nasenpartien. Epipharyngoscopia, salpingoscopia et rhinoscopia posterior directa.** *Siebenbürgischer Museumverein. 20. Februar 1910 und Orvosi Hetilap. No. 9. p. 153.*

Verf. zieht den ganzen weichen Gaumen bis zur Anheftungsstelle gegen den Mund hervor, dann führt er vom Winkel des stark geöffneten Mundes unmittelbar neben dem Unterkiefer von hinten und unten eine an das Elektroskop applicirte gerade Röhre in den Nasenrachen. Solcherweise gewinnt er einen Einblick nicht bloss in den ganzen Nasenrachen, in die Tubenöffnung, mit Hülfe eines dünneren Rohres (4—7 mm) überblickt er einen beiläufig 2 cm langen Theil des Innenraumes der Tuben, das Choanenseptum, die vordere, untere, daher bereits in der Nasenhöhle gelegene Oberfläche des Keilbeines, zuweilen ist sogar der hintere Rand der mittleren Nasenmuschel, die am hinteren Ende der unteren Nasenmuschel befindlichen Hypertrophien, ausnahmsweise die obere Nasenmuschel, die Oeffnungen einzelner Ethmoidalzellen und der Recessus sphenoethmoidalis zu sehen. An den genannten Theilen können auf directem Wege unter Controle der Augen Behandlungen und Operationen vollzogen werden. Laut Gyergyai ist sein Verfahren nebst einer Möglichkeit der Untersuchung und Behandlung der Tube auch insofern von practischer Bedeutung, da solcherweise die untere Wand des Sinus sphenoidalis direct, ohne vorbereitende Operation erreicht und die Höhle vom untersten Punkte weit eröffnet werden kann. An dem Cadaver konnte er nach Eröffnung des Sinus sphenoidalis die Hypophysis cerebri blosslegen.

POLYAK.

11) **John Macintyre** (Glasgow). **Neue Methoden zur Untersuchung von Nase und Hals. (Recent methods of examination of the nose and throat.)** *Glasgow Medical Journal. März 1909.*

Verf. giebt in einem sehr interessanten Artikel einen Ueberblick über die Fortschritte, die in der Untersuchung von Hals und Nase gemacht worden sind. Er beginnt mit der Erleichterung, die wir der Anwendung des Cocains und der Glühlampe verdanken, und geht dann zur Schilderung des Instrumentarinms von

Kirstein, Killian und Brünings über; er erörtert dann die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen und die Fremdkörper.

A. LOGAN TURNER.

12) **A. Winternitz** und **M. Paunez** (Budapest). **Neue Beiträge über den Werth der directen Laryngotracheoskopie und Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1910.*

W. und P. berichten über jene Fälle, welche sie seit ihrer letzten Publication im Jahre 1908 mit den verbesserten Instrumenten und mehr entwickelter Technik behandelt hatten. Die Kinder wurden in tiefer Chloroformnarkose, verbunden mit localer Anästhesie, untersucht. Der Kehlkopf wird in sitzender Lage aufgesucht, was die Aufgabe sehr erleichtert; dem ist zu verdanken, dass die Verff. die obere Tracheo-Bronchoskopie öfter mit Erfolg anzuwenden in der Lage waren, sie konnten aber die Tracheotomie nicht immer entbehren. Nach Einführung der Röhre bis zur Bifurcation wurde die weitere Untersuchung in der Rückenlage fortgesetzt. Durch directe Laryngoskopie sind zweimal (5 und 3 Jahre) multiple Papillome und einmal (1 Jahr alt) ein Knochen entfernt worden. Die obere Tracheo-Bronchoskopie kam dreimal zur Anwendung: 1. Patient $4^1/_2$ Jahre alt. Knopftheil und Oese im linken Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. 2. Patient 1 Jahr alt. Bohne in dem rechten Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. 3. Pat. 14 Monate alt. Bohne in dem rechten Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. Es folgen hierauf 4 Fälle von unterer Tracheo-Bronchoskopie bei $1^1/_2$, 2, 9 und 27 Jahre alten Patienten; die Entfernung der Fremdkörper gelang in jedem Falle und sämmtliche Patienten wurden nach Abklingen der Reactionserscheinungen geheilt entlassen.

Verff. legen ein grosses Gewicht darauf, dass die Lage des Fremdkörpers vor der Röhrenuntersuchung aktinoskopisch festgestellt sei, und erklären den Umstand, dass sie keinen Todesfall zu verzeichnen hatten, damit, dass mit Ausnahme eines Falles sie stets mit Fremdkörpern, welche aus einem Stücke bestanden, zu thun hatten und diese daher unzerstückelt entfernen konnten.

POLYAK.

13) **H. Zwillinger** (Budapest). **Die endoskopische Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1910.*

Eine Demonstration des Harold-Hays'schen Instrumentes in dem Königl. Aerzteverein zu Budapest.

POLYAK.

14) **Notiz des Herausgebers. Calciumlactat in Nase und Hals. (Calcium lactate on the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 9. April 1910.*

Fernandez in Cuba beschrieb als Erster die günstigen Wirkungen des Calciumlactat, um Blutungen bei Hals- und Nasenoperationen vorzubeugen. Das Präparat wirkt direct dadurch, dass die Coagulirungsfähigkeit des Blutes vermehrt wird. F. hat es in grossen Dosen angewandt und hat seine Hoffnungen nie enttäuscht gesehen. Auch bei Nasenbluten und bei Lungenblutungen hat er es mit gutem Erfolge gebraucht. Bei postoperativen Blutungen ist die Wirkung wunderbar und tritt sofort ein.

EMIL MAYER.

15) **F. C. Demérest, George E. Tuers, Thoedor P. Livergood. Chloroformnarkose bei Halsoperationen. (Chloroform anesthesia in throat operation.)** *N. Y. Medical Record. 24. Juli 1909.*

Demérest hält Chloroform für Kinder unter 12 Jahren für das beste Anaestheticum.

Tuers sagt, die Statistiken von New Jersey weisen eine erschreckende Anzahl von Todesfällen durch Anaesthetica auf. Das bequemste sei Chloroform, aber auch das gefährlichste.

Livergood meint, die zunehmende Anwendung des Chloroforms bei Halsoperationen gehe Hand in Hand mit der fortschreitenden Verbesserung in der Technik der Narkose.

LEFFERTS.

16) **E. Mather Sill. Die Anwendung von Aethylchlorid als allgemeines Anaestheticum bei Halsoperationen besonders bei Kindern. (The use of ethyl chloride as a general anesthetic for operations in the throat as especially applied to children.)** *N. Y. Medical Record. 23. October 1909.*

Das Aethylchlorid ist besonders geeignet für Adenoid- und Mandeloperationen bei Kindern. Es ist leicht anzuwenden, wirkt schnell und die Wirkung ist mit der Operation zu Ende; unangenehme Nachwirkungen fehlen. Bei länger währenden Operationen an Hals und Nase empfiehlt es sich, zuerst den Patienten unter Aethylchlorid zu setzen und dann mit der Aethertropfmethode fortzufahren.

LEFFERTS.

17) **Albert H. Miller. Ein neuer zufriedenstellender Apparat für Aetherisation bei Operationen am Gesicht und den oberen Luftwegen. (A new and satisfactory apparatus for etherization in operations about the face and upper air passages.)** *Journal American Medical Association. 23. October 1909.*

Der Apparat besteht aus einem Vaporizer, Fusspumpe, Mundsperrer und einem diese Apparate mit dem Vaporizer verbindenden Gummirohr. Verf. giebt eine genaue durch Abbildungen illustrirte Darstellung dieses Apparates.

EMIL MAYER.

18) **Krone** (Sooden a. d. Werra). **Ueber Inhalationstherapie mit besonderer Berücksichtigung der Soleinhalationen.** *Med. Klinik. 21. 1910.*

Mit vollem Recht betont Krone, dass neben der Localtherapie (Inhalationscuren) auch die Allgemeinbehandlung durch Klima, Diät, Bade- und Brunnencuren berücksichtigt werden muss.

SEIFERT.

19) **Max Rupprecht** (Bremen). **Ein handliches Untersuchungsbesteck für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Mit 1 Figur. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 4. 1910.*

Beschreibung des auf dem Budapester Congress demonstrirten Taschenbesteckes.

HECHT.

20) **Hasslauer** (München). **Ein Taschenbesteck für den practischen Arzt und Militärarzt für Behandlung von Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1910.*

Das compendiöse, einige zweckdienliche Neuerungen enthaltende Etui ist in der Arbeit abgebildet und detaillirt geschildert. HECHT.

21) **„Glaseptic"-Nebelstäuber, „Glaseptic"-Taschennebelstäuber, „Glaseptic"-Spray.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Die kleinen, sehr brauchbaren Apparate werden von der Firma Parke, Davis u. Co. (London) in den Handel gebracht und sind in den Apotheken zu haben. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Itié. Klinische Rhinometrie. (Procédés cliniques de rhinométrie.)** *Annales des maladies de l'oreille du larynx. Tome XXXV. No. 11.*

Aufzählung der bekannten Mittel, die Nasendurchgängigkeit mittels Instrumente zu messen. Itié empfiehlt hauptsächlich das von Escat construirte Rhinomanometer (beschrieben im Bulletin de la Soc. franç. d'otologie 1908 und in dem bekannten Lehrbuche Escat's). LAUTMANN.

23) **R. Foy. Die Rhinometrie zum Studium der Nasenathmung. (Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Foy hat sich um die Untersuchung der Durchgängigkeit der Nase wiederholt bemüht und einen eigenen Athmorhinometer angegeben, der vor dem allgemein gebrauchten Spiegel von Glatzel mannigfache Vortheile hat (er gestattet z. B. die Athemstärke zu conserviren). Er kam auch auf die Idee, den in Laboratorien vielfach benutzten Gasmesser von Verdin-Boulitte zu benutzen, um die Menge der Luft bei Ein- und Ausathmung zu messen. Es gelang ihm hierdurch nachzuweisen, dass die Luftmengen in beiden Respirationsphasen zu einander in einem bestimmten relativen Verhältniss stehen. Hierdurch konnte er den Haupteinwand widerlegen, den man dem Glatzel'schen Spiegel machte, nämlich den, dass mit demselben aus der Exspiration ein Schluss auf die Inspiration gemacht wird, auf die es ja allein ankommt, wenn die Luftdurchgängigkeit geprüft werden soll. Da Foy's Messungen ergeben, dass zwischen Exspirationsluft und Inspirationsluft ein bestimmtes regelmässiges Verhältniss besteht, so ist dieser Rückschluss gestattet. Es existirt auch eine Methode der Rhinographie, die auf dem Marey-schen Princip beruht, jedoch entbehrt diese Methode des practischen Interesses. LAUTMANN.

24) **Wellis S. Anderson. Nasenverstopfung; experimentelle Studie über deren Wirkung auf die Athmungsorgane und den Allgemeinorganismus. (Nasal obstruction; experimental study of its effects upon the respiratory organs and the general system.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Nasenverstopfung führt zum Tode oder zu erheblicher Herabsetzung der

Vitalität; letztere prädisponirt zu Infectionen. Es werden locale Erkrankungen des Respirationstractus dadurch bedingt, ferner Dilatation des Herzens. Bei Gesunden treten Veränderungen an der Haut und im Blut auf; bei niederen Thieren Symptome, die an Asthma und Emphysem erinnern. Das Lungenemphysem kann histologisch nachgewiesen werden. Wiederherstellung der Nasenathmung lässt alle diese Symptome prompt verschwinden. EMIL MAYER.

25) **Otto Glogau. Nasenverstopfung und Lungenschwindsucht.** *N. Y. med. Wochenschr. December 1909.*

An 19 Fällen nahm Autor intranasale Operationen vor, die grösstentheils Zunahme des Körpergewichts, Besserung des Allgemeinbefindens und in 11 Fällen (leichtere Lungenerkrankung) günstige Beeinflussung des Lungenprocessses zur Folge hatten.

An Tuberculösen soll nur bei bedeutender Nasenverstopfung operirt werden und auch da nur im Anfangsstadium.

Zur Prophylaxe schlägt der Autor neben den bestehenden Vorschriften vor:

1. Aufforderung auf den Einlasskarten der Tuberculosepatienten, ihre Angehörigen zur Untersuchung und etwaiger Behandlung ihrer Nase zu veranlassen.

2. Anstellung von Specialisten in Tuberculoseabtheilungen zur Untersuchung und Behandlung der oberen Luftwege eines jeden Patienten in der Anstalt selbst.

3. Aufforderung der leicht Brustkranken (Bronchitis etc.) auf inneren Abtheilungen, ihre Nase untersuchen und behandeln zu lassen.

4. Der practische Arzt soll seine sämmtlichen Patienten zum Untersuchen der Nase in regelmässigen Intervallen veranlassen (vergl. Nachschauenlassen der Zähne).

5. Behebung der social-ökonomischen Begünstigungsfactoren der Lungenschwindsucht. EMIL MAYER.

26) **F. L. Rogers. Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenverstopfung. (A strange case of nasal obstruction.)** *Journal of the American Medical Association. 17. April 1909.*

Als Ursache für die rechtsseitige Nasenverstopfung bei dem 9jährigen Mädchen fand sich im Nasenrachen als Fortsetzung des Septums eine knöcherne Wand, die an dem hinteren Rand des knöchernen Gaumens aufsass. Die Operation bestand in der Anlegung einer Oeffnung mittels eines intranasalen Bohrers, der Säge und der Freer'schen Zange. Drainage mit Gummiröhren. Nach 3 Wochen war die Heilung vollendet und die Athmung hergestellt. EMIL MAYER.

27) **A. Eysell** (Kassel). **Beitrag zur Behandlung der Nasenenge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1910.*

Eysell empfiehlt die postoperative Drainage des unteren Nasenganges mit Gummiröhren, die in Wasserstoffsuperoxyd getaucht und in die Nase eingeführt werden. Die Gummidrains werden anfangs täglich gewechselt, einige Tage nach der Operation nur in mehrtägigen Intervallen. HECHT.

28) Claude G. Grane. **Die Wichtigkeit frühzeitiger und vollständiger Beseitigung von Nasenverstopfung. (The importance of early and adequate relief of nasal obstruction.)** *International Journal of Surgery. April 1909.*

Verf. hat festgestellt, dass die durchschnittliche Totalcapacität der Nasenhöhlen ungefähr 42,6 ccm beträgt, diejenige der Nebenhöhlen 89,2 ccm. Diese Lufträume können ihre physiologische Function nur erfüllen, wenn ihre Capacität die normale ist. Verf. bespricht die aus der Nasenverstopfung resultirenden Schädigungen des Organismus und plaidirt für deren frühzeitige und gründliche Entfernung.

EMIL MAYER.

29) T. W. Summers. **Nasen-Nasenrachen- und Mundrachenverleungen, besonders bei Kindern. (Nasal, nasopharyngeal and oropharyngeal obstructions with especial reference to children.)** *Northwest Medicine. Juli 1909. Medical Council. Juli 1909.*

Man muss sich nicht damit begnügen, nur das Athmungshinderniss fortzuräumen, sondern auch lange Zeit hindurch Athemübungen anstellen.

EMIL MAYER.

30) A. Jeffreys Wood. **Hämophile Epistaxis. (Haemophilic epistaxis.)** *Australiasan Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Verf. empfiehlt Tamponade mit Gaze, die mit einer Lösung von Schilddrüsen- oder Thymustabletten getränkt ist. In einem Falle, wo die Blutung drei Tage nach Entfernung von adenoiden Vegetationen einsetzte, stand sie, als Verf. etwas Antidiphtherieserum in die Nase einträufelte. Antidiphtherieserum — das aber einige Monate alt sein muss — in Menge von 20 ccm cubcutan gegeben, erwies sich als wirksam sowohl zur Stillung von Blutung bei Hämophilen, als zur Vorbereitung hämophiler Kinder zur Operation.

A. J. BRADY.

31) T. A. Ward. **Epistaxis; Ambrosia ein specifisches Heilmittel dagegen. (Epistaxis; ragweed a specific cure for the same.)** *The Medical Summary. September 1909.*

Verf. hat jahrelang mit Erfolg bei Nasenbluten ein Decoct von Ambrosia artemisifolia benutzt, von dem er täglich 3—4 Theelöffel nehmen lässt.

EMIL MAYER.

32) James Boyd. **Die Behandlung der Epistaxis mittels einer einfachen Methode. (The treatment of epistaxis by a simple method.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Janur 1910.*

In das Centrum eines Stückchens feinen gestärkten Musselins wird die Spitze einer geschlossenen Verbandszange eingestochen, so dass das Ganze wie ein geschlossener Schirm aussieht, dessen Stock die Zange ist. Er wird nun in die Nase bis zur Berührung mit der Rachenwand eingeführt und dann die Zange herausgezogen. Die Enden des Musselins werden nun auseinandergefaltet und von hinten nach vorn der Musselinsack mit Wattestückchen austamponirt. Diese Methode soll nicht angewandt werden, wenn die Blutung aus der gewöhnlichen Stelle am Septum herrührt, sondern bei allgemeinen Blutungen, z. B. bei Hämophilie und Purpura.

A. J. BRADY.

33) **Alexander** (Frankfurt a. M.) **Zur Kenntniss der rhinogenen Sehnervenaffectionen.** *Med. Klinik. 12. 1910.*

Im Anschluss an drei von Lindenmeyer vorgestellte Fälle von acuter retrobulbärer Neuritis weist Alexander auf die Wichtigkeit genauester Untersuchung und etwaiger Behandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen bei Erkrankungen des Sehnerven hin.

EIFERT.

34) **Mamie** (Bonsol). **Studie über die Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. (Étude sur les relations entre les maladies des yeux et du nez.)** *Dissert. Lausanne 1909.*

Verf. wies in 80 pCt. der Fälle von Conjunctivitis des Auges und der Thränenwege Nasenaffectionen nach. Er verlangt daher mit Recht combinirte Behandlung beider Uebel.

JONQUIÈRE.

35) **C. Ziem. Seniler Cataract und eitrige Nasenerkrankungen. (Cataracte sénile et maladies nasales purulentes.)** *Archives Internationales de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Zu den Wechselbeziehungen zwischen Nase und Auge fügt Ziem eine neue Relation hinzu. Nach Ziem ist das Greisenalter als solches für das Zustandekommen des Staares allein nicht ausreichend. Andere Factoren wirken mit. Als einen solchen kennzeichnet Ziem die Eiterungen der Nase bei Greisen, und zwar, wie es scheint, ebenso den gewöhnlichen eitrigen Katarrh wie die Eiterung der Kieferhöhle. Die Stirnhöhleneiterung scheint mit der Genese des Staares nichts zu thun zu haben. Zu fünf bereits früher mitgetheilten Fällen fügt Ziem drei neue Fälle hinzu. Es ist für Rhinologen wenig interessant, die übrigen Bemerkungen Ziem's über die Aetiologie des Staares zu kennen, aber es kann nicht unerwähnt gelassen werden, dass selten ein Autor so sehr auf die klimatologischen und wohnungshygienischen Fragen in Bezug auf die Aetiologie der Krankheiten eingeht, wie Ziem. Dass ausserdem grosse culturhistorische Bildung einer medicinischen Arbeit nicht schadet, beweist Ziem neuerdings in seinem Artikel, der den Ophthalmologen bestens empfohlen werden kann.

LAUTMANN.

36) **C. L. van Steeden** (Soerabaia). **Ueber den Zusammenhang von Nasenerkrankung mit äusserem Augenleiden. (Iets over het verband tusschen neus- en uitwendig ooglyden.)** *Genees. Tijdschr. v. Nederl. Indie. XLIX. No. 6.*

Fall 1. Seit vielen Jahren bestehende Irritatio conjunctivae auf beiden Augen mit hinderlicher Photophobie, ohne Secretion, mitunter mit Chemosis. In der Nase ein chronischer Katarrh und eine Spina septi. Die Behandlung bestand in Aetzung der Nasenschleimhaut und Einblasung von Menthol und Borsäure. Nach einigen Wochen war die Nase gesund und sind die Augenbeschwerden nach weiteren drei Jahren nicht wieder aufgetreten.

Fall 2. Irritation der Augen, Niesanfälle, Adenoide. Die Augensymptome verschwinden dauernd nach Adenotomie und Einblasungen in die Nase.

Fall 3. Jucken und Brennen in den Augen, linksseitiges Thränen. Rhinitis hypertrophica. Nach Cauterisation der Nasenschleimhaut sowie einer Septumspina verschwindet die Epiphora, während die Augenbeschwerden erheblich nachlassen

und sich nur noch zeitweise und in geringem Maasse während der trockenen Saison und bei vielem Staube zeigen.

Es folgen noch mehrere ähnliche Fälle, die sämmtlich dadurch gekennzeichnet sind, dass Irritation und subjective Beschwerden der Augen ohne wirkliche Entzündungserscheinungen, nachgelassen haben oder dauernd verschwunden sind nach einer Nasenbehandlung, die in Cauterisation, Spinectomie und Insufflationen bestanden hat.

H. BURGER.

37) **N. L. Gerlach** und **A. de Kleyn** (Utrecht). **Papillitis durch Ethmoiditis oder Tumor orbitae. (Papillitis door ethmoiditis of tumor orbitae.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 405. 1910.*

Patient, 73 Jahre alt. Doppelbilder seit 5 Wochen. Chemosis links und starker Exophthalmus; das linke Auge ist temporalwärts verlagert. Oedem der linken Wange. Ethmoiditis chronica mit Polypenwucherung. Conchotomia media und Auskratzung des Siebbeins (Quix). Die Sonde geht von der Nase bis in die Orbita. Das Auge bessert sich nicht. Operation von aussen in Narkose. Die Lamina papyracea ist kariös; Auslöffelung von Nasenpolypen. Es wird nur ein Infiltrat, kein Abscess gefunden. Während der ersten 14 Tage allmähliche Besserung; dann aber wieder Verschlimmerung des Augenzustandes. Es wurde an einen Tumor gedacht; Röntgenuntersuchung hatte negatives Resultat. Operation mit Incision am Infraorbitalrande förderte eine grosse Geschwulst des Orbitalbodens zu Tage, welche das Dach der Kieferhöhle durchbohrt hatte. Exenteratio bulbi und Entfernung der Neubildung, welche sich mikroskopisch als Adenocarcinom erwies. Suicidium nach 3 Monaten. Die Wunde war noch nicht vollständig geheilt, allein es gab kein Recidiv.

H. BURGER.

38) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörung infolge von Nasenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1910.*

20 Jahre altes Mädchen. Im Mai 1909 unter unerträglichen Kopfschmerzen Erblindung links in 3 Tagen. Befund im September: Druckatrophie des N. opticus, centrales Scotom, Strabismus divergens. Resection der mittleren Muschel, Eröffnung der Keilbeinhöhle, dieselbe war klein, ihre Schleimhaut auffallend hypertrophisch. Die Kopfschmerzen liessen am nächsten Tage nach. Observation, Entfernung der Wucherungen. Allmähliche Besserung der Schmerzen und des Sehvermögens. Nach wiederholten Eingriffen schwand Ende Januar 1910 das centrale Scotom und Pat. kann in 1 m Entfernung die Finger zählen.

POLYAK.

39) **Hanau W. Loeb. Eine Studie über die anatomischen Beziehungen des Nervus opticus zu den Nebenhöhlen der Nase. (A study of the anatomic relations of the optic nerve to the accessory cavities of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juli 1909.*

Verf. hat an 15 Schädeln Untersuchungen angestellt und berichtet über die Grössenverhältnisse der Keilbeinhöhle, über die Lage des Ostium sphenoidale, den Durchmesser des Siebbeinlabyrinths, die Grösse der Stirnhöhle und der Oberkieferhöhle.

Was das Verhältniss des N. opticus zu den Höhlen betrifft, so steht das Chiasma gewöhnlich zu einer oder beiden Keilbeinhöhlen in Beziehung. In mehr als der Hälfte der Fälle lag es hinter der Keilbeinhöhle. Verf. theilt den N. opticus in eine Sinusportion und einen freien Theil, und zwar ist gewöhnlich die erstere grösser. In 5 Fällen stand eine Keilbeinhöhle in Beziehung zu beiden N. optici, während die andere Höhle nicht daran theilnahm; in zwei andern Fällen nahm auch die andere Keilbeinhöhle an der Beziehung Theil und in einem Fall bestand keinerlei Beziehung zwischen N. opticus und einer der beiden Keilbeinhöhlen. Im Allgemeinen hat die hinterste Siebbeinzelle — bisweilen giebt es deren 2 oder 3 — eine sehr geringe Beziehung zum Opticus. In einem Falle trat an Stelle der hinteren Siebbeinzelle eine vordere und diese übernahm die sonst der hintersten Siebbeinzelle zukommende Beziehung zum Opticus. Tritt an Stelle der hinteren Siebbeinzelle das Keilbein, so verläuft der N. opticus längs der äusseren Wand des Siebbeins. Die Stirnhöhle hat keine Beziehung zum Opticus, ausser wenn sie nach hinten in die Siebbeingegend sich erstreckt.

EMIL MAYER.

40) **Arnold Knapp. Die Augencomplicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. (The ocular complications of nasal sinus diseases.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Juli 1909.*

Verf. bezeichnet als die bestgekannte (? Red.) Orbitalcomplication der Nasennebenhöhlenerkrankungen die Bildung einer Mucocele, die eine mechanische Verdrängung des Orbitalinhalts bedingt. Die einzige Behandlung besteht in Abtragung der unteren Stirnhöhlenwand und Ausräumung des Siebbeins. Andere Complicationen sind der subperiostale Orbitalabscess, retrobulbäre Neuritis, Augenmuskellähmung, Ciliarneuralgie und Asthenopie.

EMIL MAYER.

41) **Wm. Campbell Posey. Einige Augensymptome bei Nebenhöhlenerkrankungen. (Some ocular symptoms of diseases of the nasal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Ausser andern allgemein bekannten Symptomen erwähnt Verf. einen dumpfen Schmerz in den Augen, Photophobie und Conjunctivalerscheinungen nach jedem Gebrauch des Auges, wobei Anwendung von Gläsern nichts nützt und die sofort nach Behebung der Nasenerscheinungen verschwinden. Durch active und passive Hyperämie der Orbitalgewebe wird die Function der extraoculären wie intraoculären Muskeln beeinträchtigt; es kann Doppelsehen resultiren.

EMIL MAYER.

42) **G. Boenninghaus** (Breslau). **Ein Schädel mit Defect der Stirn, wahrscheinlich durch Mucocele der Stirnhöhle hervorgerufen.** *Beiträge zur Anat., Phys. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 274. 1910.*

B. fand in einer Capelle einen Schädel, bei dem die Vorderwand beider Stirnhöhlen bis nahe an ihren Rand fehlten. Ein Septum zwischen den Stirnhöhlen war nicht vorhanden und die cerebrale Wand des linken Sinus frontalis zeigte einen rundlichen Defect von ca. 1 cm Durchmesser.

Da die Knochenränder scharf abgeschliffen, hart, glatt und nirgends rauh waren, so glaubt Verf. einen entzündlichen Process ausschliessen zu dürfen, und nimmt an, dass der Defect durch Druckschwund, durch Knochenusur, zu Stande

gekommen sei. Der Druck muss von innen nach aussen gewirkt haben. Für diese Anschauung sprechen die Eversion der Knochenränder, die Ausbauchung resp. Abflachung der inneren Theile des Orbitaldaches, die pfannenartigen Gruben am Boden der Höhle.

Aus all' diesen Gründen schliesst Verf. auf das frühere Vorhandensein einer Mucocele. Die Photographie des Schädels ist der Arbeit beigefügt.

OPPIKOFER.

43) **H. J. H. Hoeve. Die Sinus frontales accessorii posteriores et interni. (The sinus frontales accessorii posteriores et interni.)** *International Journal of Surgery. October 1909.*

Verf. hat den Befund in 32 pCt. aller Fälle gemacht; in jedem Falle soll die Eröffnung der Stirnhöhle daher in der Supraciliarregion gemacht werden, da der kosmetische Effect erst in zweiter Linie kommt. Niemals soll die Eröffnung auf intranasalem Wege gemacht werden, der ausserdem gefährlich sei.

EMIL MAYER.

44) **Clement F. Theisen. Bericht über einen Fall von Cyste der Stirnhöhle. (Report of a case of cyst of the frontal sinus.)** *Albany Medical Annals. Mai 1909.*

38jährige Frau, die seit dem 9. Lebensjahre, wo sie einen Fall erlitt, an Kopfschmerzen leidet, besonders auf der linken Seite, und über Druck oberhalb der Augen klagt. Es besteht Ptosis des linken Augenlids, beim Vornüberneigen klagt Pat. über Schwindel. Bei der Operation fand man einen cystischen Tumor, der dünnen Schleim enthielt. Die Vorderwand, sowie der Boden der Stirnhöhle, wurden intact gefunden, doch fehlte ein beträchtlicher Theil der Hinterwand. Heilung.

EMIL MAYER.

45) **Karbowsky** (München). **Beiträge zur Casuistik der Stirnhöhlenerkrankungen mit intracraniellen Complicationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 543. 1910.*

Fall 1. Acute Stirnhöhleneiterung mit hohem Fieber und Oedem bei 14jährigem Knaben. Mehrere Operationen: Bei einer derselben wird extraduraler Abscess constatirt. Meningitische Symptome. Die Möglichkeit einer postoperativen Meningitis im Anschluss an das Curettement wird nicht vollständig ausgeschlossen,

Fall 2. Beiderseitige luetische Stirnhöhleneiterung bei 55jähriger Frau.

Da auf Jodkali nur die periostale Auftreibung an der Stirn zurückging, die Temperaturerhöhungen und die profuse Eiterung trotz Spülungen aber bestehen blieben, so wurden die Stirnhöhlen eröffnet: Vorder- und Hinterwände waren zum grossen Theil nekrotisch, Extraduralabscess. Postoperative Meningitis.

OPPIKOFER.

46) **W. Reipen. Stirnhöhlenentzündung, Pyämie, Meningitis serosa, Heilung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 561. 1910.*

Eine linksseitige Stirnhöhleneiterung führte bei 16jährigem Patienten zu Orbitalabscess und Abscess an der Volarseite des linken Vorderarmes. Trotz

Killian'scher Stirnhöhlenoperation hielt das hohe pyämische Fieber noch circa 4 Wochen an. Auch stellten sich eine beiderseitige Neuritis optica, Netzhautblutungen, Schwellungen des Metacarpophalangealgelenks des rechten III. Fingers und eitrige Bronchitis ein. Eine Lumbalpunction entfernte klaren Liquor unter hohem Druck. Allmähliche Heilung.

Ob wirklich neben der Pyämie eine seröse Meningitis bestand, scheint dem Ref. nicht sicher zu sein. OPPIKOFER.

47) **L. M. Hurd. Beobachtungen über einige ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhlenerkrankung. (Observations on some unusual cases of frontal sinusitis.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Das eine ungewöhnliche Symptom ist Schwindel mit Neigung, nach vornüber zu fallen; dies Symptom findet man häufig in acuten und chronischen Fällen. Das zweite Symptom, das Verf. erwähnt, ist Neuralgie, die im Supraorbitalast beginnt und sich auf alle andern Trigeminusäste ausbreiten kann; dies Symptom findet sich niemals in chronischen Fällen. Die Schmerzperioden verhalten sich dabei fast umgekehrt wie bei dem gewöhnlichen Stirnhöhlenschmerz, indem sie gewöhnlich um ein und dieselbe Zeit jeden Morgen beginnen, mehrere Stunden anhalten und dann ebenso plötzlich, wie sie anfangen, auch wieder verschwinden. Wenn der Inhalt der Stirnhöhle — oft ein Schleimpfropf von Gummiconsistenz — ausgespült wird, so hören die Schmerzen sofort auf. EMIL MAYER.

48) **G. Fournier. Doppelseitige Fronto-maxillar-Höhleneiterung. Operation. Heilung. (Sinusite fronto-maxillaire double. Suppuration chronique. Opération. Guérison.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 9. 1910.*

Patient wurde in zwei Sitzungen operirt. Der Autor macht selbst auf die Fehler aufmerksam, die er begangen. Der Mund des Patienten war in einem desolaten Zustande vor der Operation. Der Autor unterliess es, die schadhaften Zähne vor der Operation extrahiren zu lassen. Dadurch kam es zu Sequesterbildung nach der ersten Operation und wurde der beabsichtigte Luc-Caldwell unmöglich. Die operirte Stirnhöhle inficirte sich und es entstanden Recidive. Bei der zweiten Operation gelang es wohl alles Schadhafte zu entfernen, doch musste Fournier die Nachbehandlung nach Art einer Radicaloperation am Ohre machen, d. h. Heilung der ganzen grossen Knochenwunde per secundam anstreben. Merkwürdiger Weise empfiehlt Fournier diese Art der Operation „bei weitem Sinus mit Zeichen von acuter Eiterung". LAUTMANN.

49) **Luc** (Paris). **Anwendung der Localanästhesie bei Radicaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 535. 1910.*

L. hat bei einer 33jährigen Wäscherin in Localanästhesie beide Stirnhöhlen radical operirt. Verf. glaubt, dass die Anwendung der Localanästhesie bei den grossen Operationen der Oto-Rhino-Laryngologie nach und nach die Regel werde, und dass das Chloroform allmählich nur mehr bei kleinen Kindern und ängstlichen Personen in Anwendung komme. OPPIKOFER.

50) **A. E. Prince. Eine Operation zur Obliteration der Stirnhöhle mit Vermeidung von supraorbitaler Deformität. (An operation for frontal sinus obliteration avoiding supraorbital deformity.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Mai 1909.*

Verf. giebt die Abbildungen einiger von ihm benutzter Instrumente und theilt seine Methode in ihren Details mit. Zuerst beseitigt er starke Deviationen des Septums, trägt das vordere Ende der mittleren Muschel ab. Er verwirft die Ausdehnung des Schnitts nach unten seitwärts der Nase, wie er empfohlen wurde, um von da aus nach Resection des Processus frontalis des Oberkiefers besseren Zugang zum Siebbein zu haben. Nach Anlegung des Periostschnitts und Freilegung des Dachs und der inneren Wand der Orbita wird der vordere Theil des Stirnhöhlenbodens entfernt, dann die Höhle curettirt; die entfernteren Winkel werden mit Hilfe eines „Sinuskops" inspicirt, eines Instruments nach Art eines Myringoskops, nur dass die Lampe seitlich angebracht ist. Die Ethmoidalzellen werden durch die Oeffnung von der Stirnhöhle nach der Nase curettirt.

Dann erfolgt Schluss der Wunde. LEFFERTS.

51) **Goris. Zwei Fälle von Periorbitalchirurgie (Krankenvorstellung). (Deux cas de chirurgie périorbitaire [présentation des opérés].)** *Journal de Chirurgie etc. No. 3. 1909.*

In der Belgischen Chirurgischen Gesellschaft vom 27. Februar 1909 stellt Goris 2 von ihm operirte Fälle vor, woven der eine eine eitrige Fistel des Thränensacks betrifft, operirt mit breiter Umschneidung der Fistel, Massenentfernung der Weichtheile bis auf den Knochen und darauf der cariösen Knochentheile (Siebbein, Unguis, hintere Partie des aufsteigenden Astes des Oberkiefers.) Einlegung eines Jodoformgazestreifens und Sutur.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen kalten Abscess der Orbita in Folge von Caries des Wangenbeins und der Schädelkapsel bei einem $8^1/_2$jährigen Kinde in Form eines einfachen Cystentumors hervorragend am unteren Augenlid unterhalb des äusseren Augenlidwinkels. Resection aller kranken Knochentheile durch eine breite horizontale Lücke hindurch, welche G. dem Proc. zygomat. entlang angelegt hatte. Patient ist seit 7 Jahren geheilt. BAYER.

52) **B. von Gámán** (Kolocsvár, Ungarn). **Rhinolith.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1909.*

Der Stein ist 1,5 cm lang, 1,1—1,3 cm breit, hat sich um einen Kirschkern gebildet. Die Kieferhöhle der betreffenden Seite hat geeitert.

v. NAVRATIL-POLYAK.

53) **Johann Heinrich Siebert. Ueber Fremdkörper und Rhinolithen in der Nase.** (Aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke von Prof Seifert.) *Dissertation. Würzburg.*

Verf. theilt nach kurzen Bemerkungen über das Gelangen der Fremdkörper in die Nase und über das Zustandekommen der Rhinolithen bereits bekannte interessante Fälle mit, bespricht anschliessend daran Symptomatologie und Therapie und theilt zum Schluss 14 in den letzten 4 Jahren in der Würzburger Klinik vorgekommene Fälle mit. Es handelte sich dabei je zweimal um Steinchen,

Rhinolithen, Hemdenknöpfe, je einmal um Korkstück, Sequester nach Kieferhöhlenoperation, Palmkätzchen, Perle, Kalkbrocken, Glasknopf, Gummisauger und einmal entwich der Fremdkörper bei Sondirung nach hinten und konnte nicht mehr aufgefunden werden. SALZBURG.

54) **Moure. Fremdkörper im Nasopharynx. (Corps étrangers dans le nasopharynx.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 19. 1910.*

Der erste Fall betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind, das einen Fremdkörper von 38 mm Länge, 20 mm Breite, 13 mm Dicke verschluckt hat. Der Vater des Kindes versucht den Fremdkörper heraus zu ziehen, stösst ihn jedoch in das Cavum hinauf, woselbst er 4 Monate liegen bleibt und ausser einer Rhinitis und Foetor ex ore keine Symptome erzeugt. Der zweite Fall betrifft ebenfalls ein $2^1/_2$jähriges Kind, bei dem eine kleine runde Schelle durch denselben Mechanismus wie im vorigen Falle sich im Cavum eingekeilt hatte. Entfernung unter Chloroformnarkose.

LAUTMANN.

55) **M. Bresgen** (Wiesbaden). **Elektrolyse.** *Wiener med. Wochenschr. No. 43. 1909.*

B. empfiehlt lange einfache und einpolige lange Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Theile auch als vollwerthigen Ersatz des elektrischen Brenners. U. A. auch bei Heuschnupfen in einem Falle erfolgreich. (Nach dem Vortrage am 16. Internat. Med. Congress in Budapest.) HANSZEL.

56) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Ein neuer Nasentrichter.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1910.*

Beschreibung des Instrumentes. POLYAK.

c. Mundrachenhöhle.

57) **W. Haberfeld. Zur Pathologie des Canalis craniopharyngeus.** *Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 4. H. 1. S. 96. 1910.*

Bei 6 Schädeln von Neugeborenen fand sich 6mal ein vollständig durchgängiger Canalis craniopharyngeus. Er liegt stets genau in der Medianebene und hat einen von hinten oben nach vorn unten schräg gerichteten Verlauf. Seine obere Ausmündung liegt innen an der tiefsten Stelle des Sellabodens, seine untere an der unteren Fläche des Keilbeins befindliche Ausmündung einige Millimeter, 3—7 mm, vor der Synchondrosis sphenooccipitalis. J. KATZENSTEIN.

58) **Hans Kämpf. Ueber extragenitale Syphilisinfection am Mund und im Mund.** (Aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankh. von Prof. Seifert.) *Dissert. Würzburg.*

Verf. bespricht zunächst das Zustandekommen des extragenitalen Primäraffects, sodann die Diagnose und Differentialdiagnose und bringt dann in tabellarischer Uebersicht die in der Literatur seit 1905 mitgetheilten Fälle (169), denen er 3 in der Seifert'schen Poliklinik beobachtete Fälle hinzufügt. Bei diesen 3 Fällen handelt es sich 1. um einen 7 Jahre alten Knaben mit Primäraffect an den Lippen, der sich durch Aufblasen eines Condoms inficirt hat, 2. um einen

25jährigen Herrn mit Primäraffect an der linken Tonsille, Infection durch Küssen einer Kellnerin („sehr innig und wiederholt"), 3. um eine 25jährige Patientin, Virgo intacta, mit weisser Narbe in der Mitte der Unterlippe, Papeln an den Tonsillen, Plaques an den Stimmbändern, die durch ihren Bräutigam, der eine wunde Stelle an der Lippe gehabt haben soll, inficirt wurde. Zum Schluss spricht. Verf. die Ansicht aus, dass die extragenital erworbene Lues gegenüber der genital erworbenen deshalb häufig einen schweren Verlauf nehme, weil sie meistens nicht rechtzeitig behandelt wird.

SALZBURG.

59) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zur Behandlung der Tonsillitis lacunaris.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 12. 1909.*

Lamann empfiehlt eine Desinfection der Lakunen, um eine Verschleppung der Krankheitskeime zu vermeiden, den Nährboden für die Infectionserreger möglichst umzuwandeln und damit womöglich den Process zu coupiren. Als erfolgreich erwies sich ihm eine gründliche Ausätzung sämmtlicher acut erkrankter Lakunen mit an der Luft verflüssigter Chromsäure. Bezüglich der Technik dieses Vorgehens sei auf das Original verwiesen. Eine einmalige Ausätzung genügt. Daneben empfiehlt Autor immer die Verabreichung eines Salicylpräparates. Auch zur Prophylaxe der phlegmonösen Anginen empfiehlt L. eine gleiche „Desinfection" der Tonsillen. Anschliessend empfiehlt Verf. die Chromsäure in verschiedenen Verdünnungen bei mannigfachen Affectionen der oberen Luftwege, so neben der Blutstillung auch zur Behandlung des Schleimhautlupus, zum Bepinseln luetischer Plaques, zu Spülungen „bei diffus luetischen Erkrankungen der Mundschleimhaut und sonstigen hauptsächlich infectiösen Formen".

HECHT.

60) **Pickenbach** (Berlin). **Mandelentzündung und Rheumatismus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1910.*

Mittheilung zweier Krankengeschichten von nach Tonsillenaffectionen auftretendem Rheumatismus, der durch entsprechende locale Behandlung der erkrankten Gaumentonsillen verschwand. Beide Gelenkaffectionen hatten auf Salicylmedication nicht reagirt.

HECHT.

61) **J. Sidney Pearson. Streptokokkenpericarditis und Colitis nach Tonsillitis. (Pericarditis and Colitis following Tonsillitis.)** *Lancet. Vol. I. p. 3248. 1909.*

Zwei Fälle, von denen einer letal verlief.

WATSON WILLIAMS.

62) **D. Tanturri. Welches ist die Natur des peritonsillären Abscesses bei Patienten mit Lungentuberculose. (Quelle est la nature de l'abcès péritonsillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire.)** *Archives Internationales de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Der von T. beobachtete Peritonsillarabscess zeichnete sich durch verhältmässig geringe reactionslose Erscheinungen und durch das Vorhandensein von indolenten Drüsen am Halse aus. Da der Patient zudem tuberculös war, glaubte T. es mit einer besonderen Art von Peritonsillärabscess zu thun zu haben. Im Eiter fand der Autor einen dem Sebumbacillus nahestehenden Bacillus, der tinctorielle Eigenschaften gemein hat mit dem Tuberkelbacillus. Die Heilung nach

Eröffnung des Abscesses zog sich in die Länge. Ohne den definitiven Beweis zu erbringen, glaubt T. hier ein Analogon zu den bekannten tuberculösen Retropharyngealabscessen gefunden zu haben. LAUTMANN.

63) **Debinski. Ein Fall von Angina Vincentii. (Przypadek Anginy Vincentii.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Bei einem an Kehlkopftuberculose leidenden Kranken entstand ein grauweisser Belag auf der rechten Mandel mit theilweiser Nekrose. In dem Belage wurden typische Bacilli fusiformes gefunden. Der Verlauf der Krankheit war fieberlos, im Harn wurde aber während der Dauer des Processes Eiweis ($^1/_2$ pro Mille) nachgewiesen. Der Verlauf der Krankheit war günstig und das Eiweiss verschwand. A. v. SOKOLOWSKI.

64) **W. R. Murray. Pseudomembranöse Angina. (Pseudomembranous angina.)** *N. Y. Medical Record. 14. August 1909.*

Verf. giebt die Krankengeschichten von drei Patienten, die an chronischer pseudo-membranöser Rachenentzündung litten, bei der die Vincent'schen Spirillen und fusiforme Bacillen nachgewiesen wurden. In dem einen der drei Fälle gingen die membranösen Auflagerungen erst nach localer Application starker Argentumlösung und bei tonischer Allgemeinbehandlung fort. LEFFERTS.

65) **A. L. Weil. Ein Fall von Angina Vincenti mit Demonstration der Mikroorganismen. (A case of Vincent's Angina with Demonstration of the Organisms.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. December 1909.*

Der Fall, der zuerst als ein solcher von Syphilis imponirte, ist deshalb bemerkenswerth, weil er wahrscheinlich der erste ist, in dem die Affection bei einem Neger beschrieben wurde. EMIL MAYER.

66) **Schleifstein. Demonstration von Präparaten des Bacillus fusiformis. (Demonstracya preparatów Bacillus fusiformis.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Die Präparate rühren von drei Kranken her. Dem Verf. nach gehört Angina Vincenti in Warschau nicht zu den seltenen Krankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

67) **Emil Mayer. Zustände der Gaumenmandeln, die einen operativen Eingriff erfordern. (Conditions of the faucial tonsil which call for operative interference.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Solche Zustände sind: 1. Einfache Hypertrophie mit Behinderung der Athmung. 2. Krankhafte Zustände der Tonsillen, die locale oder allgemeine Infectionen bedingen. Verf. giebt die Resultate der Beobachtungen, betreffend Tonsillarhypertrophie bei New Yorker Schulkindern, wieder. Einige der Kinder zeigten nach Entfernung der hyperplasirten Mandeln eine Zunahme von 100 pCt. gegenüber ihrer früheren Arbeitsfähigkeit. Innerhalb 6 Monaten waren von 81 zu gleicher Zeit operirten Kindern 76 versetzt worden und leisteten in der höheren Klasse Zufriedenstellendes.

Was die krankhaften Zustände der Tonsillen anbetrifft, so bespricht Verf. zuerst die Angina lacunaris, besonders deren recidivirende Form, zählt dann an der Hand der Literatur die mannigfachen anderen nicht-malignen Tonsillar-

erkrankungen auf. Eine besondere Aufmersamkeit verdienen die Tonsillen als Eingangspforte für eine grosse Anzahl ernster Infectionen; dieser Gefahr durch sorgfältige Entfernung der erkrankten Tonsillen vorzubeugen, ist gebieterische Pflicht des Arztes. AUTOREFERAT.

68) **Bryan D. Sheedy. Entfernung der Tonsillen, opsonischer Index und Immunität. (Tonsil removal, opsonic index and immunity.)** *N. Y. Medical Record. 25. September 1909.*

Nach Ausführungen über Immunität im Allgemeinen sagt Verf.: Natürliche Immunität wird durch Entzündung in der Tonsille herbeigeführt, und eine Art von künstlich erworbener Immunität wird in den Tonsillarkrypten geschaffen durch Agglutination und die Entwickelung des opsonischen Vermögens. Dass Kinder im zarten Alter nicht gründlich immunisirt sind, wird durch die Thatsache bewiesen, dass sie so leicht den das Kindesalter gefährdenden Keimen, z. B. der Pneumonie, Diphtherie, Scharlach etc., erliegen. Die normalen Tonsillen entfalten ihre Hauptthätigkeit während der ersten 2—3 Lebensjahre; dass sie nachher für das Wohlbefinden nicht nothwendig sind, geht daraus hervor, dass wir sie ohne Schaden enucleiren können. In den ersten Lebensjahren sollen sie aber nur dann entfernt werden, wenn sie so erkrankt sind, dass ihre normale Function aufgehoben ist. LEFFERTS.

69) **O. Tydings. Schmerzlose und blulose Tonsillectomie. (Painless and bloodless Tonsillectomy.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. December 1909.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation unter Cocain-Adrenalinanästhesie. EMIL MAYER.

70) **J. J. Richardson. Klinisches Bild der Gaumenmandelhyperplasie. Résumé über 850 Operationen. (Clinical aspect of enlarged tonsils. Résumée of 850 operations.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 24. December 1909.*

Die Tonsillotomie muss nicht nothwendig im Hospital gemacht werden; die Operation verschlechtert bei Sängern niemals die Qualität der Stimme; Tonsillectomie ist bei Erwachsenen vorzuziehen. EMIL MAYER.

71) **A. Morgan Mac Winnie. Digitalenucleation der Gaumenmandeln. (Digital enucleation of the faucial tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909.*

Verf. rühmt die Methode, die Tonsille mit der Kapsel mittels des Zeigefingers zu enucleiren, als absolut sicher, gefahrlos und prompt. LEFFERTS.

72) **Lance** (Paris). **Wie man die Tonsillen entfernen muss. (Comment il faut enlever les amygdales.)** *Gazette des Hôpitaux. 2. April 1910.*

Verf. giebt der Tonsillectomie den Vorzug, da sie am radicalsten sei, weniger zu Gefahren und Blutungen Anlass gäbe. GONTIER de la ROCHE.

73) **John J. Kyle. Beobachtungen an Gaumentonsillen. (Observations on the faucial tonsils.)** *Indianopolis Medical Journal. August 1909.*

Verf. beschreibt die übliche Methode der Tonsillectomie: Loslösung der Tonsille aus ihrer Bucht und Abtragung mit Scheere oder Schlinge. EMIL MAYER.

74) **R. H. Brown. Die Tonsillenfrage. (The tonsil question.)** *Illinois Medical Journal. December 1909.*

Häufig recidivirende Anginen erfordern die Enucleation der Tonsillen, während bei blosser Hypertrophie die Tonsillotomie genügt. EMIL MAYER.

75) **A. Rejtö** (Budapest). **Indication und Art der chirurgischen Entfernung der kranken Gaumenmandeln.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1910.*

Verf. hält die Tonsillotomie nur für Ausnahmefälle berechtigt und stellt die Tonsillectomie als ein allgemein auszuübendes Verfahren dar. Narkose ist dabei selten (3—4 pCt.) nothwendig, locale Anästhesie wird nur bei Erwachsenen angewendet. Bei der Aufzählung der verschiedenen zu beiden Operation angewendeten Instrumente fehlt die Erwähnung der Brüningsschen kalten Schlinge. Zum Schluss wird die Behandlung der Nachblutungen besprochen, leider giebt uns Verf. keine persönliche Statistik darüber. POLYAK.

76) **Max Rupprecht** (Bremen). **Technische Bemerkungen über die Spritze und Canülen zur Injectionsanästhesie der Mandeln.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 4. 1910.*

Eingehende Beschreibung des Instrumentes, besonders der Canüle, unter Hinweis auf die mannigfachen Fehler der vielfach im Gebrauch befindlichen Canülenansätze. HECHT.

77) **Meerwein** (Basel). **Teleangiectasie der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 104. 1910.*

Bei einer 34jährigen Frau Blutung aus einem kleinen Angiom am linken Zungenrande. Keilförmige Excision nach Durchtrennung des Unterkiefers. Mikroskopisch bestand der Tumor aus massenhaft theils vereiterten, theils neugebildeten Capillaren, deren Gefässsprossen das Gewebe durchsetzten und zerstörten.

SEIFERT.

78) **Ombredanne** (Paris). **Ranula sublingualis. (Grenouillette de la glande sublinguale.)** *Société de Pédiatrie. 17. Mai 1910.*

Man darf nicht als constanten Ursprung der Ranula den Hydrops des Schleimbeutels betrachten; in dem einen Fall des Verf.'s wurde der Schleimbeutel völlig normal befunden über einer Speichelcyste, die sich in einem Divertikel der Glandula sublingualis entwickelt hatte. GONTIER de la ROCHE.

79) **Leulier** (Paris). **Beitrag zum Studium der Zungengrundstrumen. (Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue.)** *Thèse Paris. 1909.*

Eine nichts Neues enthaltende Abhandlung. Verf. macht besonders auf das meistentheils infolge functioneller Atrophie der normalen Drüse vorhandene Myxödem aufmerksam und warnt vor zu gründlicher Entfernung.

GONTIER de la ROCHE.

80) **J. Rotgans** (Amsterdam). **Struma sublingualis.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1910.*

Demonstration eines Falles bei einer 46jährigen Frau. Für Zungenvergrösse-

rung charakteristische Veränderungen am Unterkiefer machen die Diagnose congenitaler Zungenstruma wahrscheinlich. Schling- und Sprechbeschwerden datiren von der Jugend her, sind aber in der letzten Zeit schlimmer geworden. Die Fossae submaxillares und sublingualis sind mit Geschwulstmassen ausgefüllt. Ein voluminöser Tumor geht von der hinteren Zungenhälfte aus und verdeckt im Spiegelbild den Kehlkopf gänzlich. An der normalen Stelle keine Schilddrüse palpirbar. Kein Zeichen von gestörter Schilddrüsenfunction.

H. BURGER.

81) **M. Rutgers** (Haag). **Zungenstruma. (Tongstruma.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1505. 1910.*

Demonstration einer 21jährigen Patientin, bei der R. vor $3^1/_2$ Jahren eine Zungenbasisstruma grösstentheils abgetragen hatte. Temporäre mediane Durchsägung des Unterkiefers hatte genügenden Zugang geschaffen und eine nur wenig sichtbare Narbe hinterlassen. An der normalen Stelle war eine Schilddrüse nicht zu fühlen. Keine Zeichen von Cachexia strumipriva. Kein Recidiv, wiewohl pathologisch-anatomisch die Diagnose Adenoma malignum gestellt worden war.

H. BURGER.

82) **C. Mantelli. Circumscriptes Lymphangiom der Zunge von papillärer Form. (Linfangioma circoscritto della lingua a forma papillare.)** *Arch. Ital. di Otol. Vol. XXI. No. 1.*

Klinische Beobachtung nebst histologischem Befund betreffend einen 5jährigen Knaben.

CALAMIDA.

83) **Viannay** und **Magnien** (St. Etienne). **Ein Fall von Lipom der Regio sublingualis. (Un cas de lipome de la région sub-linguale.)** *Société des Sciences médicales St. Etienne. Mai 1910.*

Hühnereigrosser Tumor bei einem 46jährigen Mann; das Lipom täuschte zuerst eine Ranula vor.

GONTIER de la ROCHE.

84) **Giulio Martuscelli. Beobachtung eines Zungenfibroms bei gleichzeitigen Kehlkopffibromen. (Una osservazione di fibroma di lingua concomitante con fibromi di laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. No. I. 1907.*

Beobachtung eines 56jährigen Mannes, der ein kleines Fibrom am linken Zungenrand und ein cystisches Fibrom im Larynx hatte.

FINDER.

85) **v. Khautz. Fibroma sublinguale.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. Juni 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Hellergrosse derbe Geschwulst entsprechend dem Frenulum linguae bei einem 9 Monate alten Brustkind.

HANSZEL.

86) **Edmund E. Ring. Zungenkrebs. Radiumbehandlung. (Carcinoma of tongue. Radium treatment.)** *Canada Practitioner and Review. December 1909.*

67jähriger Mann; Ulceration der linken Zungenseite, die sich nach hinten zum Gaumenbogen erstreckte; die Sublingualdrüse derselben Seite vergrössert. Probeexcision ergab Carcinom. Erhebliche Besserung und Nachlassen der Symptome nach Radiumbehandlung.

EMIL MAYER.

87) **A. Depage. Ueber Zungenresection wegen Krebses. (A propos de la résection de la langue pour cancer.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 1. 1910.*

Im Anschluss an die Mittheilung von drei Fällen von Krebsexstirpationen der Zunge theilt D. seine Technik mit, welche folgende Vortheile bietet:

1. Leichte Dissection des ganzen krebsigen Stranges und Massenentfernung des Initialtumors, der Lymphdrüsen und der Zwischengewebe.

2. Geschwindigkeit: bei den gewöhnlichen Techniken beträgt die mittlere Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden, bei dem Kranken, welchen er vorstellte, war sie in 20 Minuten zu Ende.

3. Geringere Gefahr der postoperativen Pneumonie; er glaubt in der That dadurch, dass er im Munde keine offene Wundfläche bestehen lässt, beinahe mit Sicherheit diese häufigste und schwerste Complication bei Zungenabtragung von aussen her zu vermeiden.

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

88) **Weill Hallé — Block Michel** (Paris). **Schnelldiagnose der Diphtherie durch die Complementbindungsmethode. (Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de fixation du complement.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 27. Mai 1910.*

Verf. beschreibt das Verfahren, durch das es ermöglicht ist, die Diagnose innerhalb drei Stunden zu stellen.

GONTIER de la ROCHE.

89) **H. Schols** (Nieuwpoort). **Diphtherie unter dem Bilde eines Fremdkörpers in einem Hauptbronchus verlaufend. (Diphtheritis verloopend onder het beeld van vreemd lichoom in een hoofdbronchus.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 669. 1910.*

Es handelt sich um ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind, das der diphtherischen Infection erlag. Bei der Section wurden Pseudomembranen bis in die Bronchien herab gefunden.

H. BURGER.

90) **Langley Porter. Behandlung der Diphtherie mit besonderer Rücksicht auf die Prophylaxe der Herzschwäche. (Treatment of Diphtheria with special reference to the prevention of heart failure.)** *Archives of Pediatrics. August 1909.*

Verf. giebt als Anfangsdosis 2800 I.-E. Antitoxin; die Nahrung soll bestehen in Milch und Eiern mit ein wenig Brandy. In extremen Graden von Intoxicationen sollen subcutane Injectionen von Coffein. benzoic. gemacht werden.

EMIL MAYER.

91) **Knauth** (Würzburg). **Therapeutische Erfahrungen bei Diphtherie mit dem Behring'schen Serum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1910.*

Controlversuche über den Verlauf der Rachendiphtherie mit und ohne Serumbehandlung liessen die Vorzüge des Serums deutlich erkennen, die sich namentlich in dem raschen Abstossen der Membranen, der Verhütung von Complicationen und dem Ausbleiben von Nachkrankheiten äusserten. Bei einem besonders schwe-

ren Fall von Rachendiphtherie bei einem Erwachsenen waren die Erfolge der Serumtherapie in die Augen springend. Autor berichtet die Krankengeschichte dieses Falles in extenso und empfiehlt möglichst frühzeitig gleich grosse Dosen zu injiciren, bei Erwachsenen das erstemal mindestens 3000, bei Knaben mindestens 2000 und bei Kindern mindestens 1500 I.-E.; öftere Wiederholungen der Seruminjectionen, die bei schweren Fällen kaum zu umgehen sind, sind gleichfalls unschädlich.

HECHT.

92) **M. D. Hoskins. Bericht über einen Fall von Intubation bei Diphtherie und Anwendung von im Ganzen 6600 Einheiten von Antitoxin. (Report of a case of Intubation for Diphtheria and the use of a total of 6600 units of antitoxin.)** *Indiapolis Medical Journal. Mai 1910.*

Bei einem 5jährigen Mädchen mit Verdacht auf Diphtherie waren die Culturuntersuchungen negativ; nach 2 Tagen ergab die zweite Cultur jedoch ein positives Ergebniss. Patientin erhielt eine Injection von 6000 I.-E. ohne Erfolg; da Kehlkopferscheinungen und Dyspnoe auftrat, so wurden 10000 I.-E. gegeben. Die Dyspnoe nahm zu, es wurde intubirt, jedoch ohne Erfolg. Innerhalb 48 Stunden wurden noch wiederholt 10000 I.-E. injicirt. Die Tube wurde eingeführt und blieb 24 Stunden liegen. Trotz einer Bronchopneumonie erfolgte Heilung in 3 Wochen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **Galatti** (Wien). **Einige allgemeine Bemerkungen zur Untersuchung und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten im Kindesalter.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1. 1910.*

Für den Laryngologen nichts Neues. Erörterung vom Standpunkt des Kinderarztes.

HANSZEL.

94) **J. E. Rhodes. Ergänzender Bericht über einen Fall von Xanthom. (Supplemental report of a case of Xanthome.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. hatte bereits früher über den eigenthümlichen Fall berichtet (cfr. Centralblatt. Bd. XXIII. S. 69). Eine neuerliche Untersuchung zeigte, dass die Affection im Pharynx fast verschwunden war; auch waren die Stimmlippen jetzt sichtbar und die Athmung durch den Kehlkopf ging leicht von statten. Patient hatte oft versucht, die Canüle zeitweise zu entfernen, hatte sie aber nach einiger Zeit immer wieder einführen müssen.

EMIL MAYER.

95) **Vaquier. Acute Epiglottitis. (Epiglottites aigues.)** *Revue hebdomadaire No. 36. 1909.*

Zwei Fälle von acuter Epiplottitis; der eine Fall betrifft einen Arzt, bei dem die Entzündung vereitert war und spontan durchbrach nach vorheriger Betupfung mit Bonam'scher Lösung. Aetiologie unbekannt.

LAUTMANN.

96) **H. Claus** (Berlin). **Gonorrhoische Gelenkerkrankung des Larynx.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 336.*

40jähriger Portier. 8 Tage nach der Infection mit Gonorrhoe Schmerzen und Schwellung im linken Knie, der rechten Mittelzehe und im Nacken. 14 Tage später Schmerzen beim Schlucken und Sprechen: rechtsseitige Stimmbandlähmung, Oedem der rechten Aryknorpelgegend, der aryepiglottischen Falte und der seitlichen Pharynxwand.

Nach 4 Wochen wieder vollständig normale Verhältnisse in Pharynx und Larynx und Ausheilung auch der übrigen Gelenkerkrankungen. OPPIKOFER.

97) **Martin** (Barcelona). **Glottissymptome bei Nebennierenerkrankungen. (Sindroma glottice subrenal.)** *Revista Barcelonesa. März 1909.*

Es handelte sich um eine intensive Infiltration im Kehlkopf im Verlauf einer Infection mit Bact. coli. Man machte die Tracheotomie, jedoch starb Patient zwei Stunden später. Verf. glaubt, dass der Tod herbeigeführt wurde infolge Degeneration der Nebennieren („Syndrome surrénal apoplectique d'Arnaud"). TAPIA.

98) **Henri Claude, Fernand Lemaitre** und **Lyon Caen. Pneumokokkenabscess des Kehlkopfes. (Abcès du larynx à pneumococques.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Im Anschluss an eine croupöse Pneumonie hat sich ungefähr 2 Tage nach der Heilung ein metapneumonischer Abscess des Zellgewebes auf dem Schildknorpel entwickelt. Das Innere des Kehlkopfes ist geröthet, die linke Seite, Epiglottis und falsches Stimmband, sind geschwollen. Heilung nach Incision des äusseren Abscesses. Im Eiter Pneumokokken. LAUTMANN.

99) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Die operative Behandlung einiger Stimmbandverdickungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Rhino-Laryngol. Heft 2. 1910.*

B. berichtet, dass in der einschlägigen Literatur nur sehr spärliche Bemerkungen über Aetiologie und Therapie der Stimmbandverdickungen zu finden seien und schildert 3 Fälle von localisirter einseitiger und doppelseitiger Verdickung der Stimmbänder, deren Behandlung jeglicher Methode trotzte, bis es Autor durch das „Abschälen" des Stimmbandes gelang, eine vollkommene Heilung zu erzielen. Autor empfiehlt dieses Verfahren für ähnliche Fälle. Bezüglich Details und Technik sei auf das Original verwiesen. HECHT.

100) **Erbrich. Ein Fall von Kehlkopffractur. (Przypadek złamania krtani.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Der Kranke erlitt mit einem Maschinenrad in die Kehlkopfgegend einen heftigen Stoss, wurde dadurch stark dyspnoisch, was zur Ausführung einer Tracheotomie gezwungen hat und seit dieser Zeit entstand eine Fistel in der Kehlkopfgegend, welche Eiter secernirte. Verf. meint, dass in diesem Falle der Ringknorpel gebrochen sei. A. v. SOKOLOWSKI.

101) **Schlender** (Dortmund). **Anspiessung der Trachea im Ringknorpel bei einem 4jährigen Mädchen durch Fall auf einen Stacheldrahtzaun.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Nach der Verletzung Dyspnoe und Hautemphysem, aus der kleinen Oeffnung pfiff Luft, mit Schleim vermischt, heraus. Tracheotomie, Heilung. SEIFERT.

102) **Rancoule. Kehlkopfblutung im Verlaufe einer hypertrophischen Lebercirrhose. (Hémorrhagie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 49. 1909.*

Die 33jährige Patientin kam mit schweren Suffocationserscheinungen unter Beobachtung. Der Kehlkopf war von einer Blutmasse eingenommen, nach deren Abtragung die Suffocation schwand. Die genaue Ursache der Kehlkopfblutung wird nicht näher beschrieben. Aehnliche Blutungen aus dem Kehlkopf im Verlaufe der Lebercirrhose sind von Loubet-Barbon, Bonnier beschrieben worden, sind aber viel seltener als alle anderen Blutungen (Oesophagus, Epistaxis etc.).

LAUTMANN.

103) **Morestin. Kehlkopfwunde. (Plaie du larynx.)** *Société anatomique. 28. Januar 1910.*

Die Wunde brachte sich eine junge Frau mit einem schneidenden Instrument bei. Der Schildknorpel war seitlich in Höhe von 2 cm gespalten. Es resultirte keine phonatorische oder respiratorische Störung. GONTIER de la ROCHE.

104) **Compaired** (Madrid). **Ausgebreitete Perichondritis nach einer traumatischen Laryngitis. (Pericondritis generalizada consecutiva à una laringitis traumatica.)** *Siglo Médico. 2. Januar 1909.*

Bericht über einen Fall mit Obliteration der Glottis bei einem syphilitischen Individuum; Tracheotomie; Heilung. TAPIA.

105) **Iwanoff** (Moskau). **Die Laryngostomie bei den Kehlkopfperichondritiden. (La Laryngostomie dans les périchondrites du larynx.)** (Uebersetzt durch Frl. Kravitz.) *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Mittheilung auf dem ersten russischen oto-laryngologischen Congress von St. Petersburg, 26. bis 30. December 1909.

Diese Indicationen für die Operation haben den Autor veranlasst, einige Modificationen an der Technik, welche durch die Arbeiten Sargnon's und Barlatier's festgestellt wurden, anzubringen. Beobachtungen. PARMENTIER.

106) **A. Iwanoff** (Moskau). **Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfs.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 241. 1909.*

In 8 Fällen von Perichondritis nach Typhus abdominalis und Lues hat J. wegen narbiger Verengerung des Kehlkopfes und der Luftröhre die Laryngostomie ausgeführt. Der Erfolg einer mehr als einjährigen Behandlung war folgender: Bei 4 von 8 Kranken gelang es nach mehr wie einjähriger Behandlung die Stenose zu beseitigen, 3 Fälle werden noch dilatirt, und ein Fall mit Trachealgeschwüren und tiefen Abscessen am Halse ist gestorben. Auch bei den vier ersten Kranken ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen: Die stellenweise des Knorpels be-

raubten Wände der Luftröhre sind noch nicht fest genug und fallen leicht zusammen. Es konnte deshalb die Canüle noch nicht vollständig entfernt und auch die Plastik noch nicht vorgenommen werden.

J. empfiehlt die Eröffnung von Eiterhöhlen und fistulösen Gängen und die Entfernung von submucösen Wülsten gleich nach Spaltung des Kehlkopfes vorzunehmen, da dadurch die lange Dauer des Heilungsvorganges abgekürzt wird. Der Autor hat die Kautschuckröhrchen, die das Athmungsrohr erweitern, anfangs an die Trachealcanüle befestigt, in den späteren Fällen aber allein eingeführt und fixirt an einem um den Hals gebundenen Gazestreifen. Zur Deckung des Defectes an der vorderen Wand der Trachea und des Kehlkopfes benutzte J. in einem Falle den Knorpel der Nasenscheidewand, ein $1^1/_2$ Quadratcentimeter grosses Stück.

Im Uebrigen vergleiche die kurze Mittheilung des Autors über denselben Gegenstand (cfr. Centralbl. f. Lar. Bd. 25. 1909. S. 595.) OPPIKOFER.

107) **Guisez. Drei Fälle von Laryngostomie. (Trois cas de laryngostomie.)** *Société de Pédiatrie. 11. Februar 1910.*

Es handelte sich um alte crico-tracheale Stenosen, die die Tracheotomie nöthig gemacht hatten. Bei dem einen Kinde (14 Jahre alt, seit dem 3. Lebensjahr Canülenträger) war die Atrophie des Kehlkopfes sehr auffallend und man hatte grosse Schwierigkeiten, den Laryngealcanal wiederzufinden. Verf. bedient sich des Verfahrens von Sargnon: Laryngostomie, Kautschuckdilatation, Plastik.

GONTIER de la ROCHE.

108) **Chevalier Jackson. Laryngostomie. (Laryngostomy.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Die Operation, die aus vier Phasen besteht (Eröffnung des Larynx; Incision der Hinterwand, Annähen der Mucosa an die Haut, Einlegung der Dilatationstube und Verband), wird im Detail beschrieben. Der Erfolg der Operation hängt fast ganz von der Sorgfalt, Geduld und Geschicklichkeit ab, mit der die Nachbehandlung geführt wird. Beim Versuch des Schlusses kommt es darauf an, das Narbengewebe los zu werden und das neugebildete Kehlkopflumen zuerst mit kleinen festen Granulationen, dann mit Epidermis zu bekleiden. Von den Fällen des Verf.'s ist einer noch in Behandlung, vier wurden durch Laryngostomie ohne Dilatation geheilt, bei zwei traten Recidive auf und sie wurden nachher nach der Killianschen Methode geheilt. Die Dauer der Behandlung betrug 5 Monate bis 3 Jahre.

EMIL MAYER.

109) **Hansberg** (Dortmund). **Laryngostomie wegen completter subglottischer Occlusion des Kehlkopfes.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Vor 5 Jahren Tracheotomie wegen Diphtherie, unterhalb der Stimmbänder eine Membran von röthlicher Farbe. Bei der Laryngostomie Entfernung der Membran und subperiostale Resection des verdickten, verknöcherten Ringknorpels, Einpflanzung von zwei zungenförmigen Hautlappen seitlich in den Defect.

SEIFERT.

110) E. von Navratil. **Laryngo-Tracheotomien [1858—1908]. (Larynge-Trachéotomies.)** *Arch. Int. de Laryngologie. Vol. XXVIII. No. 5.*

Uebersetzung einer in der Pester Med.-Chir. Presse (No. 20 ff. 1909) erschienenen Artikelserie.

LAUTMANN.

111) V. Nicolai. **Neuer Apparat zur Kehlkopfintubation. (Nuovo apparecchio di intubazione laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. No. 1. 1910.*

Verf. beschreibt an der Hand von Abbildungen ein neues Intubationsmodell, das eine zweckmässige Modification des O'Dwyer'schen darstellt, aber nur für acute Kehlkopfstenosen bestimmt ist.

FINDER.

112) Harris Peyton Mosher. **Directe Intubation des Kehlkopfs. (Direct intubation of the Larynx.)** *The Laryngoscope. October 1909.*

Unter Aether wird der Kehlkopf direct durch das Mosher'sche Speculum mit einer speciell angegebenen Tube intubirt, nachdem die Verwachsungen mittels eines Urethrotoms getrennt sind.

EMIL MAYER.

113) Henry L. Swain. **Bemerkungen über den Gebrauch der Killian'schen Röhren bei Fremdkörpern der Trachea und des Oesophagus. (Remarks on the use of Killian's tubes in dealing with foreign bodies in the trachea and the esophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Januar 1910.*

Verf. berichtet über mehrere Fälle: Ein Melonenkern bei einem 10jährigen Knaben in der Trachea, Entfernung mittels Tracheoskopie; 5jähriger Knabe mit einer Pfeife im oberen Teil des Oesophagus, alle Extractionsversuche misslangen, der Fremdkörper wurde schliesslich in den Magen gestossen und per rectum entleert.

EMIL MAYER.

114) James Hardie Neill. **Einiges über Athmungsverlegung. (Some points on respiratory obstruction.)** *New Zealand Medical Journal. November 1909.*

Bericht über die Entfernung eines halben Erdnusskerns (pea-nut) aus dem linken Bronchus nach voraufgegangener Tracheotomie.

Was die häufigste Kehlkopfstenose anbelangt — die bei Diphtherie — und ihre Behandlung mit Intubation, so sagt Verf., dass am vierten Tage nach Entfernung der Tube oft von Neuem Dyspnoe eintritt; man führt dann temporär die Tube wieder ein und tracheotomirt. Es wird eine Anzahl von Krankengeschichten mitgetheilt.

A. J. BRADY.

115) J. Maltese. **Ein frei in der Trachea liegender Fremdkörper und ein anderer im Kehlkopf festsitzender. Tracheotomie. Laryngofissur. (Di un corpo straniero libero in trachea e di un altro fisso in laringe. Tracheotomia, laringofissura.)** *Arch. Ital. de Otologia. XXI. No. 4. 1910.*

Fall I.: 3jähriger Knabe, der einen Kürbiskern in die Trachea aspirirt hat: continuirlicher Husten, Dyspnoe, Tracheotomie; Ausstossung des Fremdkörpers durch einen heftigen Hustenstoss durch die Tracheotomiewunde. Heilung.

Fall II. $3^1/_2$jähriger Knabe, bei dem ein Hühnerknochen im Kehlkopf festsitzt; Stenoseerscheinungen, Heiserkeit, Schmerzen im Kehlkopf. Extraction des Fremdkörpers mittels Laryngofissur. Heilung.

CALAMIDA.

116) **Chevalier Jackson. Freiwillige Aspiration eines Fremdkörpers in die Bronchien; Entfernung durch Bronchoskopie. (Voluntary aspiration of foreign body into the bronchi; removal by bronchoscopy.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Es handelte sich um eine 41 jährige Frau. Die Bronchien waren voll von massenhaftem Eiter, nach dessen Entfernung auf bronchoskopischem Wege zwei Tapezierernägel leicht entfernt wurden. Nach 4 Monaten kam Pat. mit denselben Symptomen und sagte, es müssten noch mehr Nägel in der Lunge sein. Die Röntgenaufnahme zeigte auf jeder Seite des Thorax einen Nagel. Es war klar, dass es sich um eine hysterische, wenn nicht demente Person handeln musste. Es bestand wieder eine intensive Entzündung der gesammten Bronchialschleimhaut und grosse Mengen Eiters mussten entfernt werden. Der eine Nagel, der in einem Ast des rechten Mittellappenbronchus sass, konnte leicht entfernt werden, wogegen dies bei dem zweiten Nagel, der in dem hinteren Ast des linken Unterlappenbronchus in blutenden Granulationen sass und dessen Spitze die gegenüberliegende Wand des nächsten grösseren Astes perforirt hatte, ungemein schwierig war. Zwei unmittelbar nach der Operation aufgenommene Radiogramme zeigten, dass keine Nägel mehr im Thorax vorhanden waren.

Pat. hatte die ersten Nägel ohne Zweifel zufällig aspiriert. Das Interesse, das ihr Fall erregte, entwickelte bei der neurotisch veranlagten Patientin eine Hysterie, die sich jetzt auf mannigfachste Weise manifestirt. EMIL MAYER.

117) **Hansberg** (Dortmund). **Entfernung einer Puppe gleich oberhalb der Bifurcation durch untere Bronchoskopie.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Das 4 cm lange Spielzeug war von einem 11 jährigen Mädchen in die Trachea aspirirt worden. Tracheotomie, Bronchoskopie, Entfernung des Fremdkörpers mit der Brünings'schen Zange. SEIFERT.

118) **R. Schilling** (Freiburg i. Br.). **Ein Beitrag zu den chronischen Fremdkörperfällen der Lunge.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 235. 1909.*

Während ca. 3 Jahren Knochenstück im rechten Unterlappenbronchus bei 33 jährigem Bildhauer. Obere Bronchoskopie in Localanästhesie. Extraction. Heilung. OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

119) **W. D. Haines. Chirurgische Behandlung des Hyperthyreoidismus. (Surgical treatment of Hyperthyreoidism.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. bemüht sich an der Hand der Literatur und anatomischer wie embryologischer Betrachtungen zu zeigen, dass das als Kropf bezeichnete Symptomenbild einer Ueberthätigkeit der Nebennieren zuzuschreiben ist, die ihre primäre Ursache in übermässiger Zufuhr von Thyreoglobulin in das Blut hat. EMIL MAYER.

120) **Max Bühler** (Tübingen). **Ueber die Lymphocytose bei Basedow'scher Krankheit und bei Basedowoid.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1910.*

Auf Grund seiner in der v. Romberg'schen Klinik vorgenommenen Untersuchungen kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen:

„1. Bei echtem Basedow und bei den ausgeprägten Formen von Basedowoid ist eine relative Lymphocytose im Blute so gut wie constant vorhanden.

2. Die Zugehörigkeit eines zweifelhaften Falles zu obigen auf thyreotoxischer Basis beruhenden Krankheitsfällen lässt sich durch die Blutuntersuchung in positivem Sinne entscheiden, wenn sie eine procentuelle Vermehrung der Lymphocyten ergiebt. Das Vorhandensein einer Lymphocytose ist also in diesen Fällen von entschieden differentialdiagnostischer Bedeutung. Das Fehlen der Lymphocytose in einem Fall von Basedow oder Basedowoid berechtigt an sich jedoch nicht zur Ablehnung dieser Diagnose.“ HECHT.

121) **C. H. Mayo. Ligatur der Schilddrüsengefässe in gewissen Fällen von Hyperthyreoidismus. (Ligation of the thyroid vessels in certain cases of Hyperthyroidism.)** *Annals of Surgery. December 1909.*

Im St. Mary's Hospital sind 580 Patienten, die an Hyperthyroidismus (Morbus Basedow) litten, operirt worden; dabei handelte es sich 225mal um die Unterbindung der Arteriae und Venae thyroideae superiores. Die Zahl der Todesfälle, die direct der Operation zur Last fallen und innerhalb ein paar Tagen erfolgten, betrug 2 pCt. Zehn Patienten wurden zu spät operirt und wurden nicht gebessert, sondern gingen 8—10 Monate später an ihrer Krankheit zu Grunde; unter diese Fälle ist einer von perniciöser Anämie eingerechnet.

Verf. verfügt über 138 Fälle, bei denen die Vornahme der Ligatur lange genug her ist, um daraus Schlüsse ziehen zu können. In 12 Fällen wurde, als nach Thyreodectomie des grösseren Lappens und Isthmus ein oder mehrere Jahre später ein Recidiv mit Wachsthum des zurückgelassenen Lappens auftrat, Art. und Ven. sup. des letzteren unterbunden. In 28 Fällen wurde nach Unterbindung beider Art. und Ven. sup. die Thyreodectomie gemacht. Obwohl es sich bei diesen zur Zeit der Ligatur ausschliesslich um sehr schwere Fälle handelte, hatte die zweite Operation keinen Todesfall im Gefolge.

In den Fällen von blosser Ligatur ohne Thyreodectomie waren die Resultate wie folgt: 9 leichte Besserungen, 44 erhebliche Besserungen, 11 sehr ausgesprochene Besserungen, 4 absolut gesund; 9 Fälle von zweifelhaftem Morbus Basedow ohne Besserung. EMIL MAYER.

122) **Lewin** (Bern). **Die Beziehungen der ätiologischen Momente zum Verlauf des Morbus Basedowi.** *Dissert. Bern 1909.*

a) Aetiologische Momente der langsam beginnenden Fälle: Ueberanstrengung, andauernde Krankenpflege, Aufregung und Aerger.

b) Aetiologie der plötzlich auftretenden Fälle: acute Ueberanstrengung im Sport, Schreck, heftiger Aerger.

c) Keine nachweisbaren ätiologischen Momente mit ganz langsam beginnender Krankheit.

Verf. kommt zum Schlusse, dass starke und plötzlich einwirkende Ursachen einen rascheren Verlauf und höheren Grad der Erkrankung zur Folge haben, und dass die Fälle ohne bemerkbare Ursachen langsam und gelinde verlaufen.

JONQUIÈRE.

123) C. H. Mayo. **Intrathoracischer Kropf. (Intrathoracic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. sagt, dass möglicherweise eine Transposition der Thymus und der unteren Pole der Schilddrüse den substernalen Kropf bilden. Diese Geschwülste bestehen gewöhnlich aus einer diffusen Colloidgeschwulst oder einem eingekapselten Adenom, und wenn sie sich vollkommen von der Schilddrüse abtrennen, so wandern sie. Sie kommen gewöhnlich mit einem einfachen Kropf zusammen vor und werden meist durch Complicationen, die während der Thyreodectomie entstehen, entdeckt.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

124) **Guisez** und **Abrand** (Paris). **Einfaches Oesophagusgeschwür. Oesophagoskopische und klinische Studie. (Ulcère simple de l'oesophage. Étude oesophagoscopique et clinique.)** *Journal des Practiciens. 14. Mai 1910.*

Verff. haben bei einem Patienten, der über ein Compressionsgefühl in der Gegend des Schwertfortsatzes klagte, die Affection auf ösophagoskopischem Wege diagnosticiren können. Auch die Behandlung ist auf diesem Wege möglich; sie besteht in Argentumätzungen.

GONTIER de la ROCHE.

125) **Wm. Lerche. Vier neue Fälle von Speiseröhrenstrictur. (Four new cases of stricture of esophagus.)** *Journal Minnesota State Medical Association. 1. December 1909.*

In drei Fällen handelte es sich um Kinder, in einem um einen erwachsenen Mann; in allen Fällen handelte es sich um Laugenverätzungen. Die Behandlung bestand in Durchtrennung der Stenose und Dilatation.

EMIL MAYER.

126) **Guisez. Narbenverengerung in der Speiseröhre. (Formes de rétrécissements cicatriciels à types anormaux.)** *Bulletin de laryngologie. Tome XIII. April 1910.*

Guisez stellt 10 von ihm beobachtete Fälle von Oesophagusstricturen zusammen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das grosse Zeitintervall, das zwischen auslösender Ursache (Vergiftung mit Aetzlauge, Trauma nach Fremdkörper etc.) und Strictur bestehen kann, in einem Falle fast 13, in einem anderen Fall 50 Jahre. Die Diagnose ist hierdurch manchmal erschwert, namentlich bei älteren Personen, wo man leicht an ein Neoplasma denkt.

LAUTMANN.

127) **Percy G. Waller. Tödtliche Oesophagusblutung 8 Tage nach Verschlucken eines Fremdkörpers. (Fatal esophageal hemorrhage eight days after swallowing foreign body.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Bei der Autopsie fand man zwei lineare Geschwüre im Oesophagus in der

Höhe der Bifurcation. Eines derselben communicirte mit der Aorta. Der Fremdkörper — ein Knochen — wurde nicht gefunden. EMIL MAYER.

128) **Fred D. Bird. Bemerkungen über einen Fall von secundärer Blutung. (Notes on a case of secondary hemorrhage.)** *Australasian Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Die Blutung trat 14 Tage nach einer Oesophagotomie wegen Entfernung einer Zahnplatte auf, die ungefähr in Höhe des Ringknorpels lag. Die Blutung führte fast zum Tode des Patienten. Das blutende Gefäss wurde nicht gefunden. Es wurde 48 Stunden hintereinander Digitalcompression ausgeübt. Heilung.

A. J. BRADY.

129) **Schlender** (Dortmund). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Zahnersatzplatte mit einem Zahn und Goldhaken an einem Ende, die beim Mittagessen in den Oesophagus gerathen war, wurde mit Hülfe der Oesophagoskopie entfernt. SEIFERT.

130) **Max Tiegel. Die chirurgische Behandlung des Speiseröhrenkrebses, ihr gegenwärtiger Stand und ihre Aussichten für die Zukunft.** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1910.*

Das Sauerbruch'sche Druckdifferenzverfahren und die von Sauerbruch und Tiegel durch Thierversuche ausgearbeiten Methoden der Vereinigung von Magen und Oesophagusstumpf haben die Möglichkeit nahe gerückt, die bisher inoperablen tiefsitzenden Oesophaguscarcinome erfolgreich in Angriff zu nehmen. Autor bespricht die verschiedenen Methoden und angegebenen Modificationen, sowie die möglichen Complicationen und deren Vermeidung eingehend und giebt der Hoffnung Ausdruck, dass durch Vervollkommung der Technik, rechtzeitige Diagnose, frühzeitige Ueberweisung zur Operation und strenge Indicationsstellung auch diese bisher aussichtslosen Fälle einer erfolgreichen chirurgischen Behandlung in der Zukunft zugängig sein werden. HECHT.

131) **D. v. Navratil** (Budapest). **Modell eines Dilatations-Gastroskops.** *Orvosi Hetilap. No. 12. 1910.*

Das Instrument hat sich an Leichen gut bewährt, ist aber an Lebenden noch nicht versucht worden. Verf. hat sich behufs Vervollkommnung seines Instrumentes an Dr. Brünings gewendet. POLYAK.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi. Pathologie und Therapie der Nasenkrankheiten.** Mit 123 Abbildungen. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1910. M. 4,30.

In 157 Seiten ist es dem Verfasser gelungen, eine gute Uebersicht über dieses ausgedehnte Gebiet zu geben. Alles für den Practiker Nöthige ist klar, wenn auch in Kürze erörtert, ja die Anatomie der Nase und die Erkrankungen der

Nebenhöhlen sind nach den neuesten Ergebnissen der Forschung sogar ziemlich ausführlich abgehandelt. Das Verständniss der verwickelten Verhältnisse wird durch die zahlreichen nach eigenen Präparaten gezeichneten Abbildungen sehr erleichtert.

Onodi, welchem wir so viele werthvolle Arbeiten über die Anatomie der Nase und besonders der Nebenhöhlen verdanken, hat es eben verstanden, die belehrendsten seiner Abbildungen auszuwählen.

Mehr als ein Drittel des ganzen Büchleins ist den Erkrankungen der Nebenhöhlen gewidmet, deren Diagnose und intranasale und extranasale Therapie in gut verständlicher Weise beschrieben wird.

Bei der Kieferhöhle wird mit Recht der grosse Werth der Caldwell-Luc-schen Operation betont, welche alle anderen Methoden weit übertrifft. Doch werden auch die Indicationen für die intranasalen Behandlungsmethoden berücksichtigt.

Ebenso mit Recht werden die grossen Vorzüge der Röntgenphotographie gegenüber der Vohsen'schen Durchleuchtung bei der Diagnose der Stirnhöhlenerkrankungen hervorgehoben. Die Behandlung der Eiterungen der Stirnhöhlen wird in ihren Grundzügen ganz vortrefflich erörtert.

Dasselbe gilt von den Siebbein- und Keilbeinhöhlen, wobei überall den modernsten Grundsätzen Rechnung getragen wird; dass die cerebralen und orbitalen Complicationen der Erkrankungen der Nebenhöhlen unser therapeutisches Vorgehen ganz wesentlich beeinflussen, betont der Verfasser mit Nachdruck und giebt die Regeln für die Wahl des Eingriffes.

Das Buch ist also trefflich geeignet, um den Practiker in die Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen einzuführen, ja es bietet sogar dem erfahrenen Specialisten viele Anregung. Druck und Ausstattung sind tadellos. Druckfehler sind spärlich; dass Seite 120 die Sonde in der Keilbeinhöhle liegt, ist so selbstverständlich, dass man kein Missverständniss zu fürchten braucht.

Jedenfalls wird das Buch einen grossen Leserkreis finden.

O. Chiari (Wien).

---

b) Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen.

XVII. Tagung zu Dresden am 11. und 12. Mai 1910.

Referat, erstattet vom Schriftführer F. Blumenfeld (Wiesbaden)*).

Vorsitzender: Prof. Jurasz (Lemberg).

11. Mai: Demonstrationen der Herren Mann und Hoffmann im Johannstädter und Friedrichsstädter Krankenhaus zu Dresden.

Es werden eine Reihe interessanter Präparate aus den verschiedenen Gebieten der Rhinologie, Laryngologie und Bronchoskopie vorgezeigt und erläutert.

12. Mai: Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass als Ort der nächsten Tagung Frankfurt a. M. gewählt wurde. Zum Vorsitzenden wurde Prof.

---

*) Der ausführliche Bericht der Verhandlungen erscheint im Verlage von C. Kabitsch in Wiesbaden.

Killian in Freiburg i. B., zum 2. Vorsitzenden Prof. Seifert in Würzburg, zum Schriftführer Dr. R. Hoffmann in Dresden, zum Kassenführer Dr. Boenninghaus gewählt. Der B. Fränkel-Preis wurde auf Antrag Geheimrath B. Fränkel's Prof. Killian verliehen.

Wissenschaftliche Verhandlungen.

1. L. Polyak (Budapest): Ueber Principien der intra-nasalen Chirurgie.

P. ist zu der Ansicht gelangt, dass die Rhinologie, den Principien der grossen Chirurgie folgend, die Eingriffe an der Nase und deren Nebenhöhlen möglichst in einer Sitzung erledigen sollte. Die Neigung, das Vorgehen auf verschiedene Sitzungen zu vertheilen, stammt aus der Zeit, als man noch nicht durch die modernen Blutstillungsmittel vor erheblichen Blutungen gesichert war. Die Vortheile des einzeitigen Vorgehens werden näher ausgeführt. Die ambulante Behandlung ist allerdings bei dieser Art des Vorgehens nicht möglich. Die Kranken sollten daher, soweit es die Umstände irgend erlauben, in klinischer Behandlung gehalten werden. Bei dieser ist auch im Allgemeinen die Tamponade der Nase nicht nothwendig. Seit 12 Jahren hat P. es sich zum Princip gemacht, in einer Nasenseite die Aufgabe, die der Fall stellt, vollkommen zu erledigen. Seit 2 Jahren verfolgt er das Princip, bilateral vorzugehen. Er hat in der Zeit vom 1. Mai 1908 bis 31. März 1910, also in 23 Monaten, 220 Nasenoperationen ausgeführt, darunter 87 einseitige und 133 bilaterale. Unter den 87 einseitigen Operationen waren (11 submucöse Septumresectionen mit einbegriffen) 57, in welchen nur eine einfache Aufgabe zu lösen war. In den übrigen 30 Fällen sind combinirte Operationen von Muschelhypertrophie, Nasenpolypen, Eiterungen des Siebbeins u. s. w. ausgeführt worden. Die einfacheren Operationen, wie Entfernung der Hypertrophie der unteren Muschel, Nasenpolypen etc., erledigten sich auf diese Weise bestens. Etwas schwieriger waren die Fälle von Lupus und Tuberculose der Schleimhaut wegen der Blutung. Doch gelang es auch hier, in einer Sitzung schnell Vernarbung zu erzielen. Ein Abweichen von diesen Principien hat P. im Wesentlichen nur insofern für nothwendig erachtet, als er gleichzeitig mit der submucösen Septumresection keine anderen Eingriffe ausführte, da er befürchtete, dass bei der event. Nachblutung die Tamponade der Nase die nur aus Schleimhaut bestehende Nasenscheidewand gefährden könnte. Doch ist nach Angabe von Katz auch eine gleichzeitige Entfernung von Muschelhypertrophie nicht ausgeschlossen. P. hat mit seiner Methode 90 pCt. der Operationen bilateral erledigt und nur in 10 pCt. war er zu einem mehrzeitigen Vorgehen gezwungen. Anlass zu einer derartigen Verschiebung des Eingriffes gaben etwas stärkere Blutung und Neigung zur Syncope. Nach Aufhören der Adrenalinwirkung pflegt eine geringere Blutung einzutreten, die aber keine Tamponade nothwendig macht. Nur in 20 pCt. der Fälle kam eine etwas erheblichere Blutung, die durch Adrenalinspray 1 : 10000 stand, nur in 5 pCt. der Fälle muss die eine oder die andere Nasenseite tamponirt werden, 3mal Bellocq'sche Tamponade, eine bilaterale Blutung wurde nicht bemerkt. Vorbereitung und Asepsis werden genauer besprochen, Anästhesie mit Cocain 10 bis 20proc. Lösung. Durch Spray vorher Zerstäuben einer verdünnten Cocain-Ad-

renalinlösung. Bei eingreifenderen Operationen $^{1}/_{2}$ Stunde vor der Operation Morphiuminjection. Nach der Operation Bettruhe, ständige Ueberwachung, öftere Inspection des Rachens, besonders in der Zeit, in der eine Blutung zu erwarten ist; Schneuzen nicht vor 24—48 Stunden.

Discussion:

von Eicken (Basel) stimmt besonders mit der vom Vortragenden betonten Nothwendigkeit der klinischen Behandlung überein. Die beste Tamponade ist die mit Gummischwamm. Noch einfacher ist die Einführung eines Gummifingers in die Nase, der aufgeblasen und dann zugeschnürt wird.

Kretschmann (Magdeburg) betont, dass dieses Princip schon früher von Aufrecht geübt wurde.

Winckler (Bremen) schliesst sich den Principien des Vortragenden an, empfiehlt zugleich bei multiplen Empyemen die Röntgenaufnahme.

Rosenberg (Berlin): Historische Bemerkungen zur Gummifinger-Tamponade.

Denker (Erlangen): Polyak hat empfohlen, einen Wattetampon nach der Operation zum Verschluss einzufügen. Ich lasse den Wattepfropf fort und glaube, dass das Durchstreichen der Luft durch die Nase die Coagulation des Blutes fördert und vor Nachblutung schützt.

Krebs (Hildesheim): In gewissen Fällen, namentlich bei Rhinitis hypertrophica ist ein einzeitiges Operiren nicht möglich. Nachblutungen sind dadurch zu vermeiden, dass man den Patienten empfiehlt, tief durch die Nase einzuathmen und durch den Mund auszuathmen.

Killian (Freiburg) nimmt, seit er eine Klinik hat, jeden Patienten mit intranasaler Operation 1—3 Tage in diese auf. Operationen der unteren Muschel werden fast immer gleichzeitig auf beiden Seiten ausgeführt und dann 2—3malige Pinselungen mit 10proc. Wasserstoffsuperoxyd, Wattepfropf in den Naseneingang. Auch sonst operirt K. doppelseitig, empfiehlt aber strenges Individualisiren.

Ruprecht (Bremen): Die einzeitigen Operationen erleiden gewisse Beschränkungen durch das Princip der Erhaltung rückbildungsfähiger Theile. Wenn man bei Mandeloperationen nicht narkotisirt, kann man gleichzeitig auch Wucherungen der unteren Muschel entfernen.

Polyak (Budapest) (Schlusswort) stellt fest, dass im Ganzen die Discussion Zustimmung zu seinen Anschauungen ergeben hat. Nachblutungen sind bei klinisch behandelten Kranken, wenn diese bilateral behandelt werden, nicht häufiger.

2. Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.

D. führt die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems nach seinem Verfahren in folgender Weise aus: $^{1}/_{2}$ Stunde vor Beginn des Eingriffs Morphiuminjection (0,01—0,02); Einpinselung der Gingivaschleimhaut der zu operirenden Seite mit 10—20proc. Cocainsuprareninlösung; subperiostale Injection einer Novocain-Suprareninlösung (Novocain 1,0 auf 100 g physiol. Kochsalzlösung, der 80 Tropfen einer 1 prom. Suprareninlösung zugesetzt werden). Die Einspritzung erfolgt zuerst in der Richtung nach oben gegen den Supraorbitalrand, dann nach vorn oben gegen die Apertura piriformis zu und schliesslich an der Austrittsstelle

des Nervus infraorbitalis. Nun wird an die laterale Wand des unteren Nasenganges ein in 10proc. Cocain-Suprareninlösung getauchter Gazetampon gelegt (20 Tropfen einer 1prom. Suprareninlösung auf den Cubikcentimeter der 10proc. Cocainlösung). 10 Minuten nach Beginn der Infiltration Durchtrennung und Zurückschiebung der Weichtheile. Nachdem mit flachen Meisselschlägen die faciale Wand in etwa Zehnpfennigstückgrösse abgetragen ist, wird die freigelegte Kieferhöhlenschleimhaut mit einem in 10proc. Cocain-Suprareninlösung getauchten Gazetampon bedeckt. Alsdann folgen von der Apertura piriformis aus subperiostale Novocain-Suprarenininjectionen entlang der lateralen Wand des unteren Nasenganges (2—3 ccm).

Nach Excision der freigelegten Kieferhöhlenschleimhaut wird nun ein mit 10proc. Cocain-Suprareninlösung getränkter Gazetampon in die Kieferhöhle eingelegt. Um bei empfindlichen Personen vollständige Schmerzlosigkeit zu erreichen, kann man an der hinteren Kante der Kieferhöhle (perforirende Trigeminusfasern) noch Novocain-Suprarenininjectionen machen. Im Ganzen werden bei einseitiger Operation 10—12 ccm Novocain-Suprareninlösung injicirt, bei doppelseitiger Operation kann man 20 ccm ohne Gefahr einspritzen. D. hat nach seiner Methode 41 zum Theil sehr schwere veraltete chronische Empyeme mit dem stets gleichen Erfolge dauernder Heilung operirt.

Vor der von Sturmann empfohlenen endonasalen Operation des Kieferhöhlenempyems kommt der Methode nach Denker der Vorzug der grösseren Uebersichtlichkeit während der Operation, der glatteren Heilung und der kürzeren Nachbehandlungsdauer zu.

Wassermann (München) benutzt zur Anästhesie Novocain-Alypinlösung, und zwar als Leitungsanästhesie von aussen her geführt. Er geht direct in den Nerv durch das Foramen infraorbitale, empfiehlt auch Morphin-Skopolamin-Narkose. Die Langenbeck'schen Haken hat W. in der Weise modificirt, dass er ihnen noch drei scharfe Zinken angefügt hat. Die Weichtheile werden dadurch besser zurückgehalten.

Sturmann (Berlin) vertheidigt das von ihm an anderer Stelle beschriebene Operationsverfahren. Von der Nase aus kann man vollkommen hinreichende Uebersicht der Kieferhöhle bekommen. Klinische Behandlung ist nicht erforderlich. Bei der Eröffnung von der Fossa canina aus hat St. so starke Blutungen gehabt, dass er die Operation nicht zu Ende führen konnte.

Denker (Erlangen) (Schlusswort) zieht es vor, von der Skopolaminnarkose Abstand zu nehmen. Die von Wassermann empfohlene Leitungsanästhesie ist der Nachprüfung werth, doch kommt man auch ohne sie aus. Die von Sturmann befürchtete Intoxication tritt leicht auf. Die Chirurgen verwenden selbst bei Kindern weit grössere Dosen von Novocain. Die Vorzüge der Sturmann'schen Operation erkennt D. nicht an. Unstillbare Blutungen hat D. bei seiner Methode nicht beobachtet.

3. Winckler (Bremen): Schnittführung zur submucösen Septumresection.

In denjenigen Fällen, in welchen die an das Septum mobile sich ansetzende

vordere Knorpelspange nach Beseitigung der Deviation noch ein Athmungshinderniss bildet, empfiehlt sich der von Hajek und Menzel empfohlene Schnitt dicht vor dem vorderen Knorpelende als das Beste. Ein Nasenspeculum ist dazu nicht erforderlich. Sobald man bei schichtweisem Präpariren an einer Stelle auf Knorpel gelangt, lässt sich von hier aus der Ueberzug in toto leicht mit einem schmalen Elevatorium unterminiren, abheben und der noch unvollendete Theil des Schleimhautschnittes mit einer Scheere beenden. Ist der vordere Rand des Knorpels nicht so deviirt, dass er erhalten bleiben kann, so legt W. den Schnitt weiter nach hinten und erhält einen vorderen Knorpelrand. Gewisse Schwierigkeiten ergiebt die Ablösung des Schleimhautüberzuges bei breit dem Nasenboden anliegenden Leisten. In diesen Fällen muss der typische Schnitt nach hinten verlängert werden. In den Fällen von tiefliegenden Leisten wird mit einem bogenförmig sogleich vorn in den Nasenboden zu legenden Schnitt der vordere Knorpelrand umkreist. Die Ablösung des Perichondriums und der Mucosa gestaltet sich allerdings schwieriger. Doch wird die Freilegung erleichtert, wenn man am Nasenboden mit dem Zurückstreifen des Ueberzuges beginnt. Man geht dann successive nach innen und oben. Unter die abgelöste Schleimhaut schiebt W. Gazestreifen, die mit Wasserstoffsuperoxyd getränkt sind. Die Vortheile der Menzel'schen Schnittführung sind: 1. die vorderen Verkrümmungen der Cartilago sind leichter zu beseitigen; 2. man bedarf keiner Hülfsmittel; 3. die Adaption der Wundränder und Naht gestaltet sich leichter.

Discussion:

Edm. Meyer (Berlin): Die gedachte Schnittführung ist von Menzel unabhängig von Hajek angegeben.

Killian (Freiburg) fragt an, ob Winckler in jedem Fall das vordere Stückchen der Nasenscheidewand wegnimmt.

Winckler (Bremen): Die erwähnte Schnittführung soll sich auf sehr weit nach vorn und unten liegende Septumleisten beschränken.

Killian (Freiburg) betont, dass es doch recht gut ist, vom knorpeligen Septum einen Streifen stehen zu lassen.

4. von Eicken (Basel): Behandlung der Synechien der Nase.

Zur Beseitigung der Synechien giebt es zwei neue Verfahren. 1. Submucöse Septumresection mit Trennung der Synechien, darauf Tamponade für einige Tage. Die Wundfläche überzieht sich alsbald mit Epithel. Das zweite Verfahren wird von Siebenmann mit bestem Erfolge und bei ausgedehnten Synechien auch im Vestibulum ausgeführt, nach event. submucöser Septumresection, Durchtrennung der Synechien und Deckung der Wundfläche mit Thiersch'schen Lappen. Dem Oberarm oder Oberschenkel entnommene Lappen breitet man auf einem aus 8 bis 16 Schichten Gaze bestehenden mit Borsäurelösung getränkten, fest ausgedrückten und dadurch ziemlich rigiden Tampon aus. Die Hornschicht der Hautlappen kommt auf den Tampon. Nach 4—6 Tagen Entfernung des Tampons mit Wasserstoffsuperoxyd und Durchschneidung des Kopftheils des Thiersch'schen Lappens in der Tiefe der Nase. Der Lappen ist inzwischen fest angeheilt. Auch in einem

Falle von Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand hat sich das Verfahren bewährt.

Denker (Erlangen) fragt an, wie sich der Lappen in der Nase verhält, ob es zu Krustenbildung etc. kommt.

von Eicken (Basel) (Schlusswort): Eine Metaplasie der transplantirten äusseren Haut tritt nicht ein, doch kommt es zu einer Art von Mucosirung.

5. Hansberg (Dortmund): Zur Operation der in der Fossa spheno-palatina sitzenden Fibroide.

16jähriger Arbeiter leidet seit einem Jahre an rechtsseitiger Nasenverstopfung und Anschwellung der rechten Molargegend. In letzter Zeit häufig auftretende Blutungen aus der rechten Nasenhöhle. Der hintere Theil der letzteren ist ausgefüllt mit röthlichem, auf Berührung leicht blutendem Tumor. Im Nasenrachenraum eine rundliche Geschwulst mit glatter Oberfläche zu fühlen, die denselben zum grössten Theil ausfüllt, deren breite Basis in dem seitlichen Theil der hinteren Nasenhöhle sich befindet. Diagnose: Tumor, ausgehend von der Fossa pheno-palatina, der einen Fortsatz nach der Molargegend entsandt hatte. Letzterer konnte von aussen deutlich gefühlt werden.

Entfernung des grössten Theils des Tumors in Kleinhühnereigrösse von der vorderen Nasenöffnung mittelst Nasenzange, worauf die Athmung frei wird. Blutung unbedeutend. Mikroskopische Untersuchung ergiebt zellenreiches Fibrom.

Die auf den natürlichen Wegen beabsichtigte Entfernung der Geschwulst aus der Fossa spheno-palatina scheiterte an der Empfindlichkeit des Patienten, daher Denker'sche Operation, wobei sich zeigt, dass die hintere mediale Wand der Oberkieferhöhle zum grössten Theil bereits von dem Tumor zerstört ist. Nach Entfernung der hinteren äusseren Kieferhöhle wird derselbe leicht mit der Zange gefasst und gründlich sammt dem Fortsatz entfernt. Seine Insertion befand sich in der Fossa spheno-palatina. Patient gesund entlassen; nach einem halben Jahre kein Recidiv.

Auf die Vortrefflichkeit der Denker'schen Methode bei derartig ungünstig sitzenden Geschwülsten wird besonders hingewiesen, die gegenüber anderen präliminaren Operationsmethoden grosse Vorzüge besitzt.

Discussion:

Hopmann (Köln) sieht in den Ausführungen Hansberg's eine Bestätigung der von Hopmann sen. seit langen Jahren empfohlenen Methode, die Fibrome vom Nasenrachenraum aus vollständig zu entfernen. Auch nicht allzugrosse Fortsätze sind auf diese Weise mit einer starken Kornzange zu fassen.

Kahler (Wien): Auch auf der Klinik Chiari's wird auf die grössere Operation der Nasenrachenfibrome nicht verzichtet wegen der Gefahr der Blutung bei Angiofibromen. K. empfiehlt die elastische Ligatur nach Koschier. Die Denker'sche Operation wird in Combination mit dem äusseren Schnitt durch Langenbeck durchgeführt, mit der Resection der ganzen lateralen Nasenwand, wenn es nothwendig ist. Auf Entfernung der Wangenfortsätze kann man verzichten.

Zarniko (Hamburg) betont, dass auch durch schonendere Verfahren gute

Resultate erreicht werden. Er empfiehlt besonders bei blutreichen Tumoren die Elektrolyse.

Kümmel (Heidelberg): Es giebt Fälle, die nach den Angaben Hansberg's zu behandeln sind. Bei stark blutenden Nasenrachenfibromen, besonders dann, wenn die Immunitätsgrenze noch eine lange Reihe von Jahren entfernt liegt, also bei Patienten von 13—14 Jahren, sollte man von Anfang an radical vorgehen. K. hat jüngst einen Fall beobachtet, in dem ein Recidiv auftrat, durch das der Patient so ausgeblutet war, dass er trotz gelungener Operation im Collaps starb.

Killian (Freiburg) giebt den intranasalen Methoden den Vorzug, wenn der Tumor nicht so ausgedehnt ist. In den übrigen Fällen empfiehlt K. nach Denker vorzugehen und zuerst in der Flügelgaumengrube die Gefässe aufzusuchen, welche von aussen her in den Tumor hineingehen.

Imhofer (Prag) fragt nach dem histologischen Verhalten des Tumors.

Rudolf Panse (Dresden) weist an der Hand eines Falles auf die Möglichkeit, diese Tumoren durch dauernde Ligatur zu heilen, hin.

Denker (Erlangen) theilt den Standpunkt Kümmel's, den Tumor nicht stückweise, sondern möglichst an der Basis abzutragen. Die galvanokaustische Schlinge giebt keine absolute Garantie, die Blutung zu verhindern. In einem Falle ist es K. gelungen, mit einer hierzu construirten Zange nach Ablösung mit dem Finger den Tumor an der Basis zu entfernen. Allerdings war hier nichts von dem Tumor in die Schläfengrube hineingewuchert. Bei stark entwickelteren temporalen Fortsätzen muss man seine Zuflucht zum Eingriff von aussen nehmen.

Ruprecht (Bremen) empfiehlt besonders das elektrolytische Vorgehen mit der von ihm angegebenen korkzieherförmigen elektrolytischen Nadel.

Kuttner (Berlin): Das von Kümmel und Grünbeck eingeführte elektrolytische Verfahren hat sich auch weiter bewährt. Keine der sogenannten schonenden Behandlungsmethoden giebt eine durchaus sichere Gewähr gegen schwere Blutung. Bei der chirurgischen Behandlung ist diejenige die beste, bei der man die blutenden Gefässe direct fassen kann. Die temporäre Kieferresection scheint dem am meisten zu entsprechen.

Habermann (Graz) berichtet von einem Fall, bei dem eine dem Tumor aufsitzende Rachenmandel zu einer irrigen Diagnose führte.

Jurasz (Lemberg) empfiehlt die galvanokaustische Schlinge. Man hat keine Blutung zu befürchten, selbst bei Angiofibromen. Man muss nicht mit Weissglut, sondern mit Rothglut der Schlinge vorgehen. Auch die Elektrolyse ist zu empfehlen. Doch kann sie nicht bei grösseren Tumoren angewendet werden; sie ist sehr nützlich nach Ablösung des Tumors, um den Stumpf zu vernichten.

Hansberg (Dortmund) (Schlusswort): Der Tumor ergab sich bei der mikroskopischen Untersuchung als zellreiches Fibrom. H. ist Anhänger der radicalen Methode, schliesst aber gestielte Tumoren aus. Bei breitbasigen Tumoren, auch wenn Verwachsungen eingetreten sind, gelang die Entfernung in einer resp. zwei Sitzungen.

6. Manasse (Strassburg i. E.): Ueber Exostosen und Mucocele der Sirnhöhlen.

16jähriger Knabe. Seit 7 Monaten Vortreibung der rechten Auges und

Schwellung über demselben. Befund: Gegend des rechten Arcus supraorbitalis stark vorgetrieben durch prallen elastischen Tumor. Protrusio bulbi, Verdrängung des Augapfels nach unten und aussen. Augenhintergrund: Venen beiderseits stark gefüllt, geschlängelt, rechts mehr als links, rechte Papille ziemlich scharf begrenzt, aber etwas mehr geröthet als links. Physiologische Excavation beiderseits deutlich. Augenbewegungen rechts nach oben behindert, Pupillen normal. Rechts Sehschärfe $^{1}/_{20}$, links Sehschärfe $^{6}/_{6}$. Punction des Tumors ergiebt farblose Flüssigkeit mit lebenden Flimmerepithelien. Operation in Narkose. Freipräpariren des graublauen Tumors. Die äussere Wand der Stirnhöhle zeigt sich papierdünn, theilweise zerstört. Bei weiterem Freipräpariren entleert der Tumor sulzige Massen und wässerige Flüssigkeit. In der Stirnhöhle wölben sich harte knollige, elfenbeinfarbige Massen vor, die sich medianwärts und nach dem Siebbein zu erstrecken. Der Arcus supraorbitalis, zu einer dünnen Knochenspange verkleinert, wird entfernt. Die von der Cerebralwand der Stirnhöhle ausgehenden Exostosen werden entfernt. Es handelt sich also gleichzeitig um Exostosen und Mucocele der Stirnhöhle. Die Exostosen sind offenbar das Primäre gewesen. Sie haben den Ductus naso-frontalis verschlossen und dadurch zur Bildung der Mucocele geführt.

Demonstration einer weiteren Stirnhöhlen-Exostose, von Wolf in Metz dem Vortragenden übergeben.

Ferner Demonstration einer dritten Exostose bei einem 18jährigen Mann am Infraorbitalrand, die den Bulbus nach oben verlagerte. Bei ihrer Entfernung wurde die Kieferhöhle eröffnet, die sich in den Knochenwulst hineinbuchtete. Dieselbe erwies sich als gesund.

Discussion:

von Eicken (Basel) schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf das Abhängigkeitsverhältniss von Mucocele und Exostose an.

Sturmann (Berlin): Weitere Ausführungen zur Aetiologie der Mucocele.

Kretschmann (Magdeburg) demonstrirt eine Elfenbein-Exostose, die vom Siebbein ausging.

Manasse (Strassburg) (Schlusswort): Bei den Exostosen handelt es sich häufig um jugendliche Individuen. Man muss daher an eine angeborene Disposition denken.

7. Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.

Vortragender empfiehlt für die häufigen Fälle, in denen eine störende Vergrösserung einer unteren Nasenmuschel lediglich auf Vergrösserung und abnormer Vorwölbung des Muschelbeines beruht, statt der ganz zu verwerfenden Abtragung der Muschel an ihrer Anheftung (Turbinectomia) die submucöse Resection des Muschelbeins (Turbinotomia submucosa).

Schilderung der Operation, die in folgenden Etappen ausgeführt wird: Senkrechter Scheerenschnitt am vorderen Ende, der die Schleimhaut bis auf den Knochen durchtrennt; von diesem Schnitt aus Abhebeln der Schleimhaut auf der convexen Seite mit einem geeigneten Elevatorium; Durchschneidung der Schleimhaut von innen nach aussen mit einem geknöpften Messerchen; Abhebeln der

Schleimhaut der concaven Seite; Abkneifen oder Abbrechen des Muschelbeins, soweit es nöthig ist, und Entfernung des losgelösten Knochenstückes; Glättung des Randes und Reposition der Schleimhautlappen; Tamponade nur bei stärkerer Blutung (selten erforderlich).

Die Operation bietet kleine technischen Schwierigkeiten, die aber stets zu überwinden sind.

Vortragender hat die Turbinotomia submucosa mit strenger Auswahl der Fälle im Laufe der letzten beiden Jahre über 30mal ausgeführt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Er betrachtet sie in vielen Fällen als durchaus nothwendige Ergänzung der submucösen Septumresection.

Discussion:

Winckler (Bremen) hat das Verfahren von Zarniko in einem Falle sehr practisch gefunden, konnte aber die Tamponade nicht entbehren.

Seifert (Würzburg) empfiehlt keilförmige Resection des Muschelgewebes mit dem Moure'schen Messer, das für die Beseitigung der Septumleisten empfohlen ist. Wenn man bei solchen starken Hyperplasien das Muschelgewebe von hinten her in das Fenster des Messers hineindrängt und die Schleimhaut mit dem entsprechenden Theil des knöchernen Muschelgewebes herausschneidet, so legt sich bei entsprechender Tamponade die obere Fläche an die untere Wunde und man erzielt eine Verkleinerung der Muschel ohne Störung ihrer Function.

Ritter (Berlin) fragt, ob beim Zarniko'schen Verfahren keine Gefährdung des nasalen Endes des Thränencanales stattfindet.

Killian (Freiburg) empfiehlt für gewisse Fälle die Infraction der unteren Muschel mit dem von ihm angegebenen Speculum.

Denker (Erlangen) hat auch in Fällen, wo sonst die partielle Resection der unteren Muschel vorgenommen wird, die Turbinotomie versucht. Er wird über seine Erfahrungen weiter berichten.

Zarniko (Hamburg) (Schlusswort) hat keinerlei Störungen von Seiten des Thränennasenganges gesehen. Der Vorschlag Denker's sollte weiter geprüft werden.

8. A. von Gyergyai (Klausenburg): a) Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens und der hinteren Nasenpartie.

Die Methode besteht darin, dass bei hängendem Kopf der weiche Gaumen nach vorn gezogen wird und dadurch ein gerades Untersuchungsrohr so in den Nasenrachen eingeführt werden kann, dass sein inneres Ende dem hinteren Rande des harten Gaumens unmittelbar anliegt. Das äussere Ende stösst dabei an die untere Zahnreihe. Die Untersuchung findet gewöhnlich in Localanästhesie statt. Es werden 4—20 mm weite und 8—10 cm lange gerade Röhren benutzt, die an das Brünings'sche Elektroskop befestigt werden. Ein Saugapparat zur Entfernung des Schleims ist nothwendig. Zur ersten Orientirung empfiehlt es sich, ein 12 bis 20 mm breites Rohr einzuführen. Alsdann kann man auch engere verwenden. Man übersicht die Gegend der Rachenmandel, die Seitenwände des Nasenrachens, das Ostium pharyngeum der Tube, die Rosenmüller'sche Grube etc. und in der

Mittellinie den Rand des Septums. In günstigen Fällen kann man auch das hintere Ende und ein Stück vom unteren Rand der mittleren Muschel, sowie einen Theil des mittleren Nasenganges überblicken. Zwischen mittlerer Muschel und Septum sieht man die steil aufsteigende vordere Wand der Keilbeinhöhle, davon nach vorn den oberen Nasengang mit der oberen Muschel. Man kann in die Tube ein Rohr von 4—7 mm Stärke $2^1/_2$ cm weit einführen, so dass man die Trommelhöhle durch den äusseren Gehörgang leicht sehen kann. Man kann auch bei geeigneten Individuen ein dünnes Rohr in den oberen Nasengang und in den Recessus spheno-ethmoidalis einführen. Die Technik der Untersuchungsmethode und deren Vortheile werden weiter ausgeführt.

b) Derselbe: Operationen mit dieser Methode.

Zum operativen Vorgehen bedarf es eines Saugapparates, und es empfiehlt sich daher, um beide Hände frei zu haben, das Rohr zu fixiren. Die starken Rohrweiten eignen sich mehr zum Operiren. G. hat in letzter Zeit adenoide Vegetationen, hypertrophische Muschelenden, Choanalpolypen auf diese Weise entfernt, möchte aber das nicht für alle Fälle empfehlen. Er empfiehlt die Eröffnung der Keilbeinhöhle auf diesem Wege.

Discussion:

Mann (Dresden) hat Gelegenheit gehabt, die Untersuchungsmethode zu prüfen und hält sie für gewisse Fälle für ausführbar.

9. Salzburg (Dresden): Krankenvorstellung.

1. Fall von Carcinom der Nase, der seit $10^1/_2$ Jahren recidivfrei geblieben ist.

2. Fall von Rundzellensarkom der hinteren Larynxwand. Totalexstirpation des Larynx. Heilung seit 10 Jahren.

10. Möller (Hamburg): Atmokausis bei Ozaena.

An der Hand von etwa 100 Fällen, die im Eppendorfer Krankenhause in der Abtheilung von Thost mit dem von Pincus angegebenen Apparat behandelt wurden, zeigt M., dass die Atmokausis bei der Ozaena sehr viel leisten kann, sowohl allein, wie auch in Verbindung mit Methoden, die eine Verkleinerung des Nasenlumens bezwecken. Zunächst wird die Nase aufs Säuberlichste mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, bis die ganze Schleimhaut von Borken ist. Dann 10 proc. Cocainspray. Einreiben des Naseneinganges mit 10 proc. Cocain. Ausserdem Einreiben des Naseneinganges, äusserer Nase und Oberlippen mit Vaselin. Dauer der Einwirkung des von Condenswasser freien auf 116—118° erwärmten Dampfes 1 bis 3 Secunden in jedem Nasenloch. Die günstige Einwirkung zeigte sich in Beseitigung des Druckgefühls im Kopf, der Kopfschmerzen und des üblen Geruches, Verringerung der Borkenbildung, Erleichterung der Reinigung. Die Atmokausis hat sich als nicht gefährlich gezeigt. Nur einmal wurde eine Otitis media, die ohne Besonderheiten verlief, beobachtet. Kindliches Alter bildet keine Contraindication. Wassermann war überall negativ.

11a. Brünings (Jena): Ueber neue diagnostische Hülfsmittel und Methoden.

1. Die Fenstersonde.

B. hat hohlen Oliven aus Hartmessing von abgestufter Dicke mit seitlichen scharfrandigen Fenstern als Sondenansätze anfertigen lassen, welche dazu dienen, mittels Probeexcision die Diagnose Speiseröhrencarcinom zu stellen oder ein solches auszuschliessen. Das schon seit Jahren vom Verf. gebrauchte Instrument wurde bisher in 31 Fällen von malignem Speiseröhrentumor angewendet und hat ausnahmslos beim ersten Eingehen die zur mikroskopischen Diagnose erforderlichen Tumorstücke heraufgebracht. Andererseits konnte durch regelmässige Oesophagoskopie bei negativem Erfolge nachgewiesen werden, dass die Sonde in normaler Speiseröhre und gutartigen Stenosen keinerlei Verletzungen hervorrufen kann. Nachtheilige Folgen einer Probeexcision sind nicht vorgekommen. B. ist der Ansicht, dass die neue Methode absolut sicher wirkt und auch für den endoskopisch geschulten Arzt in den meisten Fällen mit Vortheil die Oesophagoskopie ersetzen kann.

2. Verbesserungen des Broncho-Elektroskops und der bronchoskopischen Zangen.

Der Reflexionsspiegel des Elektroskops wurde an Stelle des centralen Loches mit einem durchgehenden Spalt versehen. Dadurch sind nicht nur die störenden Reflexe vermieden, sondern man kann jetzt Zangen und andere Instrumente von beliebiger Länge anwenden, da sie sich ohne weiteres durch den Spiegelspalt führen lassen. Die bisher gebräuchliche verlängerbare Zange des B. konnte deshalb durch ein sehr vortheilhaftes, nicht verlängerbares Modell ersetzt werden, das bei sehr einfacher Handhabung besonders gracil und stabil ist.

3. Anastigmatische Vergrösserungsspiegel, Spiegel mit erweitertem Gesichtsfeld.

Die schon im Beginn der Laryngoskopie angestellten Versuche, einen Kehlkopfspiegel mit Lupenvergrösserung zu construiren, haben bisher zu keinem brauchbaren Resultat geführt, weil ein schräg gestellter Hohlspiegel sehr stark verzeichnet. B. hat nachgewiesen, dass es sich dabei um Astigmatismus handelt, welcher sich leicht und vollkommen dadurch beseitigen lässt, dass man die Vorderfläche der Spiegel cylindrisch anschleift. Diese anastigmatisch corrigirten Kehlkopfspiegel, welche sich äusserlich nicht von der gewöhnlichen Form unterscheiden, liefern ein verzeichnungsfreies, 2—3mal vergrössertes Kehlkopfbild von gesteigerter Helligkeit und werden in sehr vielen Fällen den gewöhnlichen Planspiegel mit Vortheil ersetzen.

4. Die Stereo-Laryngoskopie.

B., der sich sich schon seit Jahren mit dem Problem der binocularen Laryngo-Rhino-Otoskopie beschäftigt hat, erörtert die gesammten theoretischen Möglichkeiten, unter denen er zwei ganz neue Wege gefunden hat. In Zusammenarbeit mit dem Zeiss-Werk sind so eine Reihe von neuen Versuchsconstructionen entstanden, die er zur Zeit einer gründlichen practischen Erprobung unterwirft, bevor er sich für ein definitives Modell zum allgemeinen Gebrauch entscheiden wird.

11b. Brünings (Jena): Ueber eine neue röntgenographische Darstellungsmethode der Nebenhöhlen und des Schläfenbeins (mit Demonstration).

B. bespricht zunächst die theoretisch und practisch möglichen Verbesserungen des röntgenographischen Verfahrens für Schädelaufnahmen und weist dann nach, dass die stereoskopische Darstellung den weitaus grössten Fortschritt bedeutet, dass sie „das so schwer zu deutende Röntgenogramm des Schädels mit einem Schlage in ein lebensvolles, klar verständliches Bild" verwandelt (Albers-Schönberg). Die Gründe, weshalb die Stereographie des Schädels bisher nicht über das Versuchsstadium hinausgelangt sind, sind doppelte: Einmal existirte bisher kein stereoskopischer Aufnahmeapparat, welcher die beim Kopf unerlässliche Anwendung von Röhrenblenden gestattete, und zweitens war eine Verdoppelung der bisherigen langen Belichtungszeiten ohne Aenderung der Röhrenhärte practisch undurchführbar.

B. hat diese Schwierigkeiten durch die Construction eines sehr einfachen Stereo-Aufnahmeapparates beseitigt, bei dem sich die Röhrenblende bewegt, so dass der Lichtkreis bei der stereoskopischen Verschiebung selbstthätig auf die Plattenmitte eingestellt bleibt. Durch das Princip der Kugelfläche ist dies auch für jede Art von Schrägaufnahmen erreicht. Die Belichtungszeit wurde durch Anwendung der neuen Gehler-Folie auf $^1/_{20}$ abgekürzt, so dass eine stereoskopische Doppelaufnahme bei normaler Röhrenbelastung in 10—15 Secunden beendet ist.

B. demonstrirt hierauf eine Reihe stereoskopischer dorso-ventraler Kopfaufnahmen, auf denen das gesammte Skelett des Gesichtsschädels einschliesslich der Keilbeinhöhle, der Felsenbeine, der Wirbelsäule vollkommen körperlich erscheint. Besprechung der klinischen Bedeutung des neuen Verfahrens.

12. Killian (Freiburg): Demonstration eines Binnenspatels.

Für die directe Laryngoskopie und Tracheoskopie hat K. in verschiedenen Längen ein Instrument anfertigen lassen, das den Vorzug leichterer Ausführbarkeit der Untersuchung hat. Der Druck kann geringer sein als bei Anwendung des Röhrenspatels. Der Spatel ist im Querschnitt V-förmig und presst in die Zunge eine Rinne, die directen Einblick in den Kehlkopf ermöglicht, passt auch sehr gut in die vordere Commissur, durch die er sich leicht hindurchführen lässt. Die Brünings'sche Gegendruckmethode kann gleichzeitig am Schonendsten so angewendet werden, dass der hinter dem Patient stehende Assistent mit dem Finger einen Druck auf den Ringknorpel ausübt.

Discussion:

A. Hartmann (Berlin) demonstrirt einen Spatel, der sich von dem eben gezeigten durch conisch-ovale Form unterscheidet. Man kann mit gewöhnlichem Stirnspiegel untersuchen.

Walter Haenel (Dresden): Demonstration eines Falles von Syphilis der Trachea an 6 tracheoskopirten Bildern aus 5 Wochen langer Beobachtungszeit und an dem Obductionsapparat. 26jähriger Mann. Wassermann positiv. Verengerung der Trachea durch gummöse Erkrankung dicht oberhalb der Bifurcation. Heilung auf antisyphilitische Kur, Athemnoth. Durch Abtragung von Granulationen

wurde vorübergehende Besserung bewirkt. Trotz Dilatation führte die ringförmige Stenose zum Tode.

13. O. Kahler (Wien): Zur Kenntniss der Trachealdivertikel.

Demonstrirt endoskopische Bilder von einem Tracheal- und einem Bronchialdivertikel. Die Fälle sind zweifellos mit dem von Hans Chiari beschriebenen Typus identisch und als rudimentäre überzählige Bronchien aufzufassen. Bei einem 34jährigen Mann fand sich etwa 1 cm oberhalb der Bifurcation rechts ein $^1/_2$ cm tiefer Blindsack, bei einer 32jährigen Frau ein solcher im Anfangstheil des rechten Bronchus. Bronchialverzweigung in beiden Fällen normal.

14. W. Uffenorde (Göttingen): Hochgradige Schwellung der Tracheal- und Bronchialschleimhaut nach Decanülement bei einem Fall von Papillom des Larynx, geheilt durch Curettement der Schleimhaut.

Tracheotomie bei einem $1^1/_2$jährigen Kind, dessen Kehlkopfbefund wegen starker Schleimhautabsonderung nicht festgestellt werden konnte. 8 Tage später Entfernung zweier grosser Papillome der Stimmbänder durch Laryngofissur. Nach Entfernung der Canüle mässiger Stridor. Im bronchoskopischen Bild ergab sich succulente Schwellung der Tracheal- und Bronchialschleimhaut. Curettement der Schleimhaut, das bald wesentliche Erleichterung brachte.

15. Hegener (Heidelberg): Eine binoculares stereoskopisches Kehlkopffernrohr.

In der deutlichen Sehweite von 25 cm kann man nur mit einem Auge das Kehlkopfspiegelbild sehen, muss daher auf den Vorzug des binocularen Sehens verzichten. Aehnliches gilt von Rhinoscopia posterior und Otoskopie. Die Verkleinerung des Convergenzwinkels ist durch optische Instrumente möglich. Will man zu normaler Plastik gelangen, so muss das scheinbar in die Weite gerückte Bild optisch herangeholt werden. Das geschieht, wenn man es durch ein Fernrohr gleichzeitig vergrössert. Die Vortheile der stereoskopischen binocularen Betrachtung sind hinreichend gross, um die Anwendung eines complicirten Apparates, wie er für die stereoskopische Untersuchung nothwendig ist, zu rechtfertigen. Die Entfernung- und Tiefenschätzung wird gebessert. Ferner wird das richtige Gefühl für die Körperlichkeit eines Gegenstandes durch das stereoskopische Sehen erleichtert. Es ist daher besonders für die Betrachtung feinerer Veränderungen im Larynx von grossem Werth. Das von H. construirte Fernrohr wird des Näheren erläutert. Die Anwendung des Kehlkopffernrohrs soll die gewöhnliche Untersuchungsmethode nicht ersetzen, soll sie aber in gewissen besonders dazu geeigneten Fällen ergänzen.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) hat Gelegenheit gehabt, das Instrument verschiedentlich zu prüfen und weist auf seine Bedeutung hin.

16. A. Kuttner (Berlin): Demonstration eines neuen Gelenkes für Hals-, Nasen- und Ohren-Instrumente.

Die Vorzüge dieses Gelenkes sind folgende:

1. Es lässt sich unschwer auseinandernehmen und zusammensetzen; es lässt sich bequem desinficiren und ist wenig empfindlich.

2. Es gestattet eine grosse Kraftentfaltung.

3. Es lässt sich für Kehlkopf- Hals- und Ohreninstrumente gleich gut verwenden.

4. Der Schnabel des Instrumentes „wippt“ beim Gebrauch nicht, d. h. er hebt sich bei Schluss nicht an der Stelle, auf die es eingestellt ist, ab.

17. Killian (Freiburg): Ueber Ethmoidalneurosen.

K. fasst mit dem Ausdruck Ethmoidalneurosen alle diejenigen Reflexneurosen zusammen, welche von dem vorderen Abschnitt der Nasenschleimhaut, d. h. von dem Gebiet ausgehen, das vom Nervus ethmoideus versorgt wird. Er möchte diesen Neurosen eine besondere Stellung einräumen. Es ist bekannt, dass Geruchreize Reflexneurosen auslösen, doch scheinen typische und reine Fälle selten zu sein. Auch von dem hinteren Schleimhautgebiet der Nase, dem Bezirk der Nervi nasales posteriores scheint selten eine Reflexneurose auszugehen. Selbstverständlich ist eine genauere Kenntniss der anatomischen und physiologischen Verhältnisse nothwendig. Diese werden näher an der Hand von Tafeln ausgeführt. Zunächst betont K., dass chemische und mechanische Reize die Ethmoidalregion als besonders exponirte treffen, und zwar bei unserer Lebensform ganz besonders in geschlossenen Räumen. Auch kommt die starke Staubentwickelung in grösseren Städten in Betracht. Gröbere Staubtheile werden am Naseneingang zurückgehalten, andere folgen der Athmungsluft und steigen gegen die mittlere Muschel empor, wie man sich leicht bei Kranken, die im Staub gearbeitet haben, überzeugen kann, auch experimentell lässt sich derartiges nachweisen. Die fortgesetzte Einwirkung verunreinigter Luft bedingt continuirlichen Reiz der sensiblen Nervenendigungen, eine Hyperästhsie. Diese ist die Grundlage und der Ausgangspunkt jeder Art von Reflexneurose. Um sich ein richtiges Urtheil zu bilden, sind Sensibilitätsprüfungen nothwendig. Es empfiehlt sich, einen mit Watte armirten Sondenknopf zu benutzen, um einen Schwellenwerth der Reizbarkeit festzustellen. K. hat im Bereiche der ethmoidalen Nerven häufig Ueberempfindlichkeit festgestellt. Der Grad der Hyperästhesie lässt sich auf zweierlei Weise feststellen: 1. durch subjective Angaben betreffs des Grades des Juck- und Schmerzgefühls, 2. durch die objectiv wahrnehmbaren Folgeerscheinungen der Reize, deren klinische Bedeutung verschieden ist. K. unterscheidet regionäre und Fernwirkung der Reize. Die localen Reflexerscheinungen bestehen in Hyperämie und Hypersecretion der Nasenschleimhaut im Gebiet der Reizstelle und darüber hinaus. Dabei wird Irradiation auf die äussere Haut etc. beobachtet. Als regionäre Folgeerscheinungen der Reizung betrachtet K. Empfindungen des Juckreizes im inneren Augenwinkel, an den inneren Theilen der Augenlider, der Conjunctiva und der Caruncula lacrymalis und Hyperämie der Conjunctiva sowie Thränensecretion. Unter den Fernwirkungen kommt in Betracht erstens der Nasenhusten, der stets als pathologischer Reflex zu bezeichnen ist. Eine gewisse Aehnlichkeit damit hat das Niesen. Es handelt sich ebenso wie beim Husten auch hier um einen Reflex, bei dem der Vagus in Betracht kommt. Auch der Zwerchfellsnerv ist betheiligt. Der letztgenannten

Gruppe von Erscheinungen (Husten, Niesen) reiht sich der Asthmaanfall an. Dieser ist von der Nasenschleimhaut aus nur dann auszulösen, wenn die asthmatische Neurose schon ausgebildet ist. Auch die Herzthätigkeit erleidet eine reflectorische Beeinflussung von der Nase aus, wovon K. einen eclatanten Fall bei einem Säugling beobachtete. Das Wesen der Ethmoidalneurosen sieht nun K. darin, dass durch eine Summation der Reize, wie sie im täglichen Leben sich ergiebt, neue und stärkere Reflexe hervorgerufen werden, deren störendes Hervortreten als Neurose angesprochen werden kann. Jedoch soll nicht geleugnet werden, dass es auch Fälle von nasalem Asthma giebt, die nicht von dem Gebiete des Ethmoideus ausgehen. Auf diese Voraussetzungen baut sich die Therapie auf. Die Luftströmung durch die Nase muss frei gemacht werden, da sich in engen Nasen die Staubtheilchen viel mehr ansammeln. Es ist deshalb beim Asthma alles zu beseitigen, was die Nasenathmung stört. Ferner wird die Aetzung bestimmter Punkte der Nasenschleimhaut gute Dienste leisten. Kommt man mit dieser Therapie nicht zum Ziele, so bleibt die Unterbrechung der Reflexbahn übrig. Bei Ethmoidalneurosen kann man den Stamm des Nervus ethmoidalis leicht in der Orbita erreichen und durchtrennen, wie schon früher von Eugen Yonge und Neumayer und Blos geschehen. Die Technik des Verfahrens wird näher beschrieben. K.'s Erfahrung erstreckt sich bis jetzt nur auf einen einzigen Fall.

Discussion:

A. Rosenberg (Berlin): Das Gebiet der Reflexneurosen ist nicht einzig und allein auf das Ethmoidalgebiet zu beschränken, wie einige Fälle, die R. anführt, zeigen.

Neumayer (München) berichtet von zwei schweren Fällen von nasalem Asthma, die er vor 2 Jahren durch Resection des Nervus ethmoidalis behandelt hat, und zwar mit gutem Erfolge. Bei einem dritten Falle, der vor einem Jahre operirt wurde, war der Erfolg nicht so ausgesprochen. N. hat auch Untersuchungen über das Verhalten der Sensibilität im Innern der Nase und aussen gemacht, nach Resection des Ethmoidalis nur eine Herabsetzung der Sensibilität feststellen können.

Boenninghaus (Breslau) weist auf die Neuralgie des Nervus ethmoidalis hin und giebt bestimmte Druckpunkte bei derselben an.

Aronsohn (Bad Ems-Nizza) erinnert an seine experimentellen Untersuchungen zur Physiologie des Geruches. Er hält das Tuberculum septi für das am meisten hyperästhetische Gebiet der Nase.

Hartmann (Berlin) weist auf den Werth der einfachen Cocainisirung der Nasenschleimhaut hin. Auch er hat Reflexneurosen gesehen, welche von den hinteren Theilen der Nase ausgingen.

Killian (Freiburg) (Schlusswort): Die Discussion hat bestätigt, dass thatsächlich das vordere Gebiet der Nasenschleimhaut vorwiegend Reflexneurosen auslöst. Eine genaue Trennung der verschiedenen Nervengebiete der Nase ist erforderlich.

18. Hugo Stern (Wien): Die Bedeutung des sogenannten primären Tons für die Stimmbildung.

Unter primärem Ton im physiologischen Sinne ist der von den schwingenden

Stimmlippen erzeugte Ton, d. i. der reine Kehlkopfton, zu verstehen, wie man ihn z. B. am ausgeschnittenen Kehlkopf hören kann. Es ist ein dünner, zarter Ton, weit verschieden von dem aus der Mundhöhle heraustretenden Stimmklang. Das, was von Seiten der Gesangspädagogen als primärer Ton bezeichnet wird, ist etwas hiervon Verschiedenes. Gutzmann schlägt vor, diesen Ton als primären Gesangton zu bezeichnen, wodurch Verwechselungen vorgebeugt würde. St. ist der Ansicht, dass im richtigen Hören nicht allein der Maasstab für die Bildung des primären Gesangtons zu suchen sein soll. Vielmehr möchte er auf Grund eigener Erfahrung auch dem Muskelgefühl des Sängers resp. seinem Muskelgedächtniss grosse Bedeutung beimessen. St. kommt nach Citirung einer Reihe von Autoritäten zum Schlusse: Der primäre Ton ist jener Ton, von dem eine richtige systematische Stimmentwickelung auszugehen hat. Er ist der Ton, der bei zweckmässiger Inanspruchnahme der Athmung und der Function der Stimmlippen durch ein richtiges Format des Ansatzrohres und die zweckdienlichste Stellung des Larynx eine möglicht starke Resonanz (Schallreflexion) im Ansatzrohre hervorruft und durch seine Fessellosigkeit und richtige Führung den Kehlkopf entlastet und periphere Theile belastet. Es ist schliesslich der Ton, der sich dem Muskelgefühl und Muskelgedächtniss des Sängers einprägt und der eine möglichst grosse und weite Verschmelzung von Brustton und Kopfton, also eine Register ausgleichende Wirkung, zur Folge hat.

19. Nadoleczny (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.

N. weist zunächst besonders auf die Bedeutung der Resonanzstörung infolge von Veränderungen der Nase hin, deren Beseitigung von ausserordentlicher Wichtigkeit ist, während er den Verdickungen der Seitenstränge nicht so viel Bedeutung beilegen möchte, wie ihnen häufig zugeschrieben wird. Die von Imhofer gemachte Beobachtung von acuter Stimmermüdung mit anfänglichen Defecten einzelner Töne konnte N. bestätigen. Er sah ferner bei 14 Sängern und Sängerinnen, die noch nicht fertig ausgebildet waren, Störungen. Es handelte sich dabei um Kratzen im Hals, Hustenreiz, Schmerzen nach oder beim Singen, Druckgefühl und Ermüdung. Es ergiebt sich bei diesen Fällen eine Schwierigkeit der Stimmbildung innerhalb bestimmter Lagen. Man muss die Tongebung innerhalb des Gesammttonbereiches mit verschiedener Vocalisation selbst prüfen. Auch muss auf Fehler der Athmung und der Articulation geachtet werden. Die pneumographischen Aufnahmen zeigten, dass die von Gutzmann festgestellte typische Athemcurve bei diesen Stimmstörungen verloren ging. Am häufigsten war ein zu rasches Absinken der Bauchcurve, seltener das der Brustcurve. N. hat bei diesen Stimmstörungen auch auf das Verhalten der Kehlkopfstellung geachtet und dabei gefunden, dass der Kehlkopf mit steigender Tonhöhe nach oben geht. Auch sonst hat er bemerkt, dass bei Indispositionen der Kehlkopf aufstieg, während nach deren Abklingen die normale Bewegung nach unten eintrat. Er sieht also in der Palpation des Kehlkopfes ein diagnostisches Hülfsmittel. N. führt weiter aus, dass das, was man durch Beobachtung der Singstimmen herausanalysiert, mehr Werth für den Gesanglehrer als für den Gesangschüler hat. Er warnt davor, durch bewusste Uebertreibung der einen oder anderen Athmungsform und durch Ueber-

treiben auf Seiten des Singenden diesen zu einer Steifheit des Körpers zu veranlassen, welche für das Allgemeinbefinden sowohl wie für den Gesang nachtheilig sind. Er legt auf das psychische Moment bei den Gesangsübungen grossen Werth.

Discussion: Gutzmann (Berlin).

20. Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

I. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Es ist zweifellos, dass während der Gravidität und im Wochenbett Schwellungszustände in den oberen Luftwegen, und zwar in Nase und Larynx, in letzterem mit besonderer Prädilection der Hinterwand vorkommen.

Diese Schwellungen bilden sich im Wochenbett allmählich wieder zurück, und zwar scheint hierbei die Dauer der Rückenlage von Einfluss zu sein.

Während der Geburt selbst verhalten sich die oberen Luftwege ganz indifferent, nur bei lange dauernden, schweren Geburten kann es zu Hyperämie und Stauung im Kehlkopfe kommen.

Es liegt durchaus kein Anhaltspunkt dafür vor, die Schwellungen der Larynxhinterwand trotz ihrer Aehnlichkeit mit tuberculösen Infiltraten als durch Tuberculose bedingt oder als ein für dieselbe prädisponirendes Moment anzusehen.

Blutungen in den oberen Luftwegen während der Schwangerschaft und während resp. kurz nach der Geburt kommen vor, sind aber durchaus nicht so häufig, als in der Literatur angenommen wird.

Sehr selten sind mit Sicherheit auf Gravidität zu beziehende Paresen der Kehlkopfmusculatur.

Die practische Bedeutung dieser Befunde liegt darin, dass bei schon vorhandener Verengerung des Larynx (es kommen vor allem tuberculöse Infiltrate in Betracht) eine bedrohliche Zunahme derselben in der Schwangerschaft sich ergeben könnte, doch ist in praxi diese Gefahr als nicht sehr bedeutend anzusehen, viel wichtiger ist in practischer Hinsicht die Möglichkeit diagnostischer Irrthümer, besonders der Verwechselung mit Tuberculose.

Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett lassen sich durch rein mechanische Verhältnisse ungezwungen erklären.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. März 1910.

Gräffner zeigt einen Patienten mit intermittirendem Tremor des Velum und Larynx unter Betheiligung von Zunge und Unterkiefer. Die einzelnen durch Minutenbruchtheile unterbrochenen Attacken setzen sich aus 8 bis 12 Zuckungen zusammen.

Katzenstein demonstrirt eine Anzahl von Vocalklangcurven, die er mit dem Martens'schen Apparat aufgenommen hat. Er untersuchte damit den Stimmlippenton am ausgeschnittenen und lebenden Kehlkopf und den Einfluss des

gesammten menschlichen Resonanzraums auf die einzelnen Vocale und berichtet über die Ergebnisse dieser Untersuchungen.

Halle zeigt 1. einen aus dem Oesophagus direct entfernten Fremdkörper, 2. silberne federnde Ringe, die er zur Offenhaltung operirter Choanalatresien und Keilbeinhöhlen empfiehlt.

Scheier: Die endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes und Nasenrachens, wie sie neuerdings von Hays angegeben wurde, ist bereits von Trautmann angegeben worden und vor ihm schon von Zaufal. Das Hays'sche Instrument erfordert dieselbe Technik wie die Spiegeluntersuchung; den unteren Theil der Choanen sieht man mit ihm meist nicht und die mit ihm erhaltenen Bilder sind verzerrt, die Farbennuancen gehen verloren etc.

Gutzmann: Das mit dem Hays'schen Instrument erhaltene Bild muss erst corrigirt werden; seine Einführung ist durchaus nicht ganz reizlos. Aber es ist anwendbar zur Untersuchung physiologisch-phonetischer Fragen.

Katzenstein stimmt dem zu, ebenso Hirschmann und Claus.

Halle: Orale oder endonasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.

Die orale Operationsmethode ist für fast alle Eingriffe am Septum als ein unnöthig grosser und durch die dabei unumgängliche Narkose nicht ungefährlicher Eingriff entschieden abzulehnen. Berechtigt kann sie in den überaus seltenen Fällen sein, wo bei Kindern bis zu vier Jahren eine Operation unvermeidbar ist. Bei grossen plastischen Operationen oder bei Entfernung maligner Tumoren aus der Nase kann sie unter Umständen mit grossem Nutzen Anwendung finden. Nicht ausreichende Technik ist eher eine Contraindication als eine Indication zur endonasalen Methode.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 22. April 1910.

Haike zeigt ein Röntgenbild zur Frühdiagnose der Kiefercyste und ein zweites, auf dem man einen Gummistopfen im Sinus maxillaris sieht.

Finder demonstrirt einen Pat. mit linksseitiger Recurrenslähmung bei gleichzeitig bestehendem Aortenaneurysma und Tabes. Da die letzteren beiden Erkrankungen nicht selten zusammen vorkommen, ist es wichtig, in jedem Fall von Kehlkopflähmung bei Tabes die periphere Ursache auszuschalten, ehe man die centrale Erkrankung als Ursache der Lähmung anschuldigt.

Fliess zeigt einen vierwöchigen Säugling mit acuter Osteomyelitis des Oberkiefers; aus der Abscesshöhle wurden ausser verschiedenen Knochensplittern zwei Molarzähne entfernt.

A. Meyer hat bei einem Kinde von einigen Monaten ebenfalls eine Osteomyelitis beobachtet; es bestand ein Durchbruch nach der Nase und dem Munde.

Halle zeigt einen 13jährigen Pat. mit doppelseitiger Recurrenslähmung; Würg- und Rachenreiz sind aufgehoben, das Velum paretisch, Schwäche des rechten Armes und linken Facialis, Atrophie des Sternocleidomastoideus und Trapezius. Es handelt sich um einen Erkrankungsherd in der Nähe der Medulla — wahrscheinlich specifischer Natur.

Discussion über den Vortrag Halle: Orale oder endonasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.

Löwe: Vorzüge der oralen Methode sind, dass sie auch bei ganz kleinen Kindern angewandt werden kann, einen ausserordentlich guten Ueberblick über das Operationsfeld gewährt und technisch leicht und in drei verschiedenen Modificationen anwendbar ist, von denen die erste für die einfachen Spinen und Cristen, die zweite für die Deformitäten des Nasenbodens und die dritte für die Querbrüche des Septums zu verwenden ist. Die Nachtheile des Verfahrens sind, dass es einen grösseren Eingriff macht als die endonasale Operation und mehrtägige Gesichtsschwellungen macht.

Peyser, Alexander, Rosenberg und Brühl erkennen die Berechtigung der oralen Methode nur für seltene Ausnahmefälle an; im Grossen und Ganzen ist die endonasale Operation zu machen, da jene eingreifend und gefährlich ist. Auf denselben Standpunkt steht Finder, der zwei von Löwe operirte Fälle gesehen hat, bei denen der Schnitt in der Uebergangsfalte nicht zugeheilt war, so dass eine grosse Diastase an dieser Stelle bestand.

Wolff: Die orale Methode hat den Fehler, dass man den untersten Theil des Septumknorpels von der dort festhaftenden Schleimhaut entblössen muss, und es schwierig ist, ihn zu erhalten, wenn die Verbiegung weiter nach hinten beginnt.

Sturmann: Die endonasale Methode ist ohne Narkose und Gefahr für den Pat. ausführbar, nicht aber die orale.

Sonntag: Die endonasale Operation beherrschen alle Rhinologen und sie wird gewöhnlich ohne Assistenz ausgeführt.

Halle: Die Löwe'sche Operation ist technisch viel schwieriger als die endonasale und für Ausnahmefälle zu reserviren.

Halle: Das Ansaugen der Nasenflügel und seine operative Beseitigung.

Schuld an dem Ansaugen können alle Verengerungen des Naseneingangs tragen, Deviationen und Subluxationen des knorpligen Septum, manchmal auch sein membranöser Theil, Verbreiterung der Spina nas. ant. inf. und cavernöse Verdickungen der Mucosa am Nasenboden u. A. Die wichtigste, weil causale, Behandlung ist die Beseitigung der Verengerung des Eingangs und der Schlaffheit der Nasenflügel. H. bespricht die je nach der Ursache verschiedenen Operationsmethoden.

Gutzmann: Manchmal beruht das Ansaugen der Nasenflügel nur auf fehlerhafter Gewohnheit, die durch Uebung beseitigt werden kann.

Fliess ist mit dem Resultat der Paraffininjectionen durchaus zufrieden.

Sitzung von 27. Mai 1910.

Weski zeigt einige Fälle von Elephantiasis gingivae hereditaria; sie besteht in dem einen Falle in der dritten, in den übrigen schon in der vierten Generation. Mikroskopisch erweist sich die Geschwulst als eine bindegewebige Hyperplasie mit Infiltration von Leukocyten und Plasmazellen, röntgenologisch sieht man eine Atrophie des Alveolarfortsatzes.

Sobernheim zeigt einen Fall von Argyrie, entstanden durch jahrelange Pinselungen des Rachens und Kehlkopfes mit Höllensteinlösung. Am hinteren Gaumen, im Pharynx und an der hinteren Larynxwand sieht man eine grauliche Verfärbung der Schleimhaut.

Scheier: Zur Physiologie des Schluckactes.

Er hat Röntgenaufnahmen desselben bei $^1/_{20}$—$^1/_{50}$—$^1/_{100}$ Secunden gemacht. Lässt man den Pat. Bismuth schlucken, so kann man 2 Phasen unterscheiden: Die erste, in der der Bissen von der Mundhöhle nach hinten geschoben wird. Anpressen der Zunge an den harten Gaumen, Hebung des Velum und Abschluss des Nasenrachens, die zweite, in der der Bissen in den Oesophagus gleitet. Dies geschieht mit Blitzesschnelle. Man sieht an den demonstrirten Röntgenphotographien die einzelnen Phasen, Hintenüberklappen des Kehldeckels und Verschluss des Larynx durch ihn, Flachdrücken des Bissens zwischen Ringknorpel und Wirbelsäule und das Hinabgleiten in den Oesophagus.

Haike legt diesen Röntgenaufnahmen von $^1/_{100}$ Secunde sowohl für physiologische Untersuchungen und solche bei Kindern eine grosse Bedeutung bei.

Senator: Die Epiglottis bildet keinen wesentlichen Factor beim Schlucken; ihr Herunterklappen macht nicht den wesentlichen Verschluss des Kehlkopfes, ist vielmehr nur ein accidenteller Act.

Grabower schliesst aus den Bildern auf eine besondere Kraftleistung der glatten Musculatur des Oesophagus.

Barth: Sicher bewirkt nicht der Kehldeckel allein den Larynxverschluss; der pharyngeale Kehldeckel ist für ihn auch entbehrlich.

Rosenberg stimmt dem zu und glaubt, dass die sattelförmige Gestalt der Epiglottis dazu da ist, um den Bissen in die Sinus piriformes zu leiten.

Brunck zeigt einen Patienten mit Fractur des knorpligen Septums und des linken Tränenbeins.

Scheier: Zur Verknöcherung des menschlichen Kehlkopfes.

Die Ausbreitung der Verknöcherung zeigt bei den Geschlechtern einen wesentlichen Unterschied und schon vom 30. Lebensjahre an, auch schon früher, zeigen sich auffallende Differenzen. Es besteht zwar in Beginn und Ausdehnung der Ossification eine gewisse Regelmässigkeit, doch kommen auch Abweichungen von der Norm vor.

Peyser: Weiterer Beitrag zur Röntgenuntersuchung der Nebenhöhlen.

Einem Patienten war beim Spülen der Kieferhöhle der gläserne Ansatz des Irrigators abgebrochen und in die Höhlung eingedrungen; die Sondirung macht diese Angabe wahrscheinlich, die Röntgenuntersuchung lässt diesen Fremdkörper deutlich erkennen.

Weski: Chemisch reiner Gummi lässt die Röntgenstrahlen durch, metallischer Gummi gibt einen Schatten.

Haike: Die vielfach verwendeten Gummistopfen sind auf dem Röntgenbilde sichtbar.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Ständige Commission der internationalen medicinischen Congresse.

Am 29. und 30. März 1910 ist das Bureau der ständigen Commission, die auf dem Congress in Budapest eingesetzt wurde, zum ersten Mal im Haag zusammengetreten. Es waren anwesend die Mitglieder des Bureaus: Herr Davy, Präsident, die Herren Blondel, Maragliano, Müller, Posner, Vicepräsidenten, Herr Waldeyer, der frühere Vicepräsident, Herr Wenckebach, der frühere Generalsecretär, Herr Burger, Generalsecretär und Herr Van der Haer, Beisitzer; endlich Herr von Grosz, der Generalsecretär des Budapester Congresses und Herr Clive Rivière, Secretär des englischen Nationalcomitées.

Herr Wenckebach, der in Budapest gewählte Generalsecretär, ist, nachdem er die ganze vorbereitende Arbeit gemacht hat, zurückgetreten; er wurde ersetzt durch Herrn Burger in Amsterdam.

Der Sitz des Bureaus ist der Haag, Hugo-de-Grootstrasse 10.

Das Bureau hat sich in der Sitzung mit der Vorbereitung der Vollversammlung der ständigen Commission beschäftigt, die wahrscheinlich im nächsten Herbst stattfinden wird. Diese Versammlung wird sich mit der allgemeinen Organisation des nächsten Congresses in London beschäftigen.

Der hundertjährige Geburtstag Ludwig Türck's.

Am 22. Juli jährte sich zum 100. Male der Tag, an dem Ludwig Türck in Wien das Licht der Welt erblickte. Die Wiener Laryngologische Gesellschaft hat aus diesem Anlass vor dem Denkmal Türck's im Wiener Allgemeinen Krankenhaus einen Kranz niedergelegt.

Eduard Löri †.

Aus Budapest kommt die Trauernachricht, dass daselbst im Alter von 76 Jahren Eduard Löri gestorben ist, einer der ersten Jünger der von Türck und Czermack begründeten laryngologischen Wissenschaft*).

Eduard Löri war ein Schüler Türck's; nach ganz kurzer Landpraxis liess er sich, nachdem er die Bedeutung der eben entdeckten Laryngoskopie erkannt, und sich dieselbe, sowie die nothwendige Kenntniss in der Pathologie und der Therapie der Nasen-, hauptsächlich aber der Halskrankheiten, an der unter Türck's Leitung stehenden Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien angeeignet hatte, in seiner Vaterstadt Budapest als Spezialarzt nieder. Er entfaltete als einer der Pioniere dieses Specialfachs in Ungarn bald darauf, unterstützt von Fr. v. Korányi und Joh. v. Bokay dem Aelteren, eine ausgedehnte praktische und rege wissenschaftliche Thätigkeit, einerseits an der unter des ersteren Leitung stehenden medicinischen Klinik, andererseits als ordinirender Arzt des durch v. Bokay sen. gegründeten Stephanie-Kinderhospitals. Seiner Fachtüchtigkeit und seinem concilianten liebenswürdigen Wesen hatte er es zu verdanken, dass er bald von Reich und Arm aufgesucht, den Grund zu einer ausgedehnten Privatpraxis legen konnte, sich eine Clientele erwerbend, welche den für sein Fach begeisterten, unermüdlichen, humanen und überaus bescheidenen Arzt, den immer nur das Wohl seiner Patienten leitete, bis in seine letzten Lebenstage nicht verliess. — Dass dem tüchtigen Manne die academische Carrière verschlossen blieb, war hauptsächlich in äusseren Verhältnissen zu suchen. Seine wichtigsten Schriften sind, neben dem im Jahre 1885 in Stuttgart erschienenen, sich grosser Verbreitung erfreuenden Buche „Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ folgende:

1. Ein neuer Uvulahalter. O. H. 1869.
2. Ueber Laryngo- und Trachealstenosen. Orvosi Hetilap. 1872.

*) Wir verdanken die nachfolgenden Notizen der Liebenswürdigkeit des Collegen Hugo Zwillinger in Budapest.

3. Ein neues Kehlkopfpolypeninstrument. O. H. 1878.

4. Beobachtungen an Kehlkopfpolypen und Operationen. O. H. 1880.

5. Beiträge zur pathologischen Veränderung der Rachen- und Nasenschleimhaut, Pemphigusblasen im Rachen und Kehlkopfe. O. H. 1880.

6. Die Veränderungen im Rachen, Kehlkopf und der Luftröhre, im Verlaufe einiger Infectionskrankheiten. O. H. 1882.

7. Magensymptome bei Kindern als Folge von entzündlichen Erkrankungen des Kehlkopfs. O. H. 1883.

8. Die pathologischen Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase als Folge von degenerativen Vorgängen am Herzen. O. H. 1886.

9. Ueber den clonischen Stimmritzenkrampf der Neugeborenen und Säuglinge. Gy. 1890.

10. Beiträge zur Therapie der Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. O. H. 1890.

Ausser den oben angeführten Publicationen bearbeitete L. noch folgende Capitel im Handbuch der internen Medicin v. Korányi's:

I. Die Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut.

II. Die luetischen Erkrankungen des Kehlkopfes.

III. Das acute und chronische Larynxödem.

IV. Die entzündlichen Erkrankungen des Perichondriums des Kehlkopfes.

V. Die Tuberculose des Kehlkopfes 1897.

Cresswell Baber †.

Am 14. Mai starb in London Cresswell Baber, einer der bekanntesten und angesehensten englischen Laryngologen. Baber hatte sich ursprünglich unter Leitung Ranvier's in Paris zum Histologen ausgebildet; aus dieser Zeit stammen Arbeiten über den Bau der Schilddrüse und die Structur des hyalinen Knorpels. Nachdem er in Wien seine specialistische Ausbildung genossen hatte, liess er sich in seinem Vaterland als Laryngologe nieder, und zwar bevorzugte er aus Gesundheitsrücksichten Brighton meist als Wohnsitz. Daselbst gründete er im Verein mit einigen Collegen das Brighton and Sussex Throat and Ear Hospital. Er hat zur Verbreitung der rhinologischen Kenntnisse unter den englischen Aerzten durch sein viel benutztes Buch über die Untersuchung der Nase beigetragen, er hat das Rüstzeug seiner Fachgenossen durch Angabe verschiedener Instrumente vermehrt. Sehr zahlreich sind seine Mittheilungen und Demonstrationen in der Laryngological Section der R. Academy of Medicine gewesen.

Personalnachrichten.

Es wird gewiss bei allen unseren Lesern aufrichtige Freude erregen, zu hören, dass Sir Felix Semon von der Reise um die Welt, die ihn 10 Monate lang von seiner Heimath ferngehalten hat, glücklich und wohlbehalten zurückgekehrt ist, und wir sind sicher, in ihrer aller Namen zu sprechen, wenn wir dem verdienten und allgemein verehrten Mann und seiner Gemahlin ein herzliches „Willkommen" zurufen.

O. Kahler hat sich für Krankheiten der oberen Luftwege an der Universität Wien habilitirt.

Harmer hat seine Stellung als Leiter der Universistätspoliklinik für Kehlkopfkranke in Prag und den damit verbundenen Lehrauftrag für Laryngologie niedergelegt und ist nach Wien zurückgekehrt.

O. Chiari (Wien) ist zum Ehrenmitglied und E. von Navratil (Budapest) und Massei (Neapel) sind zu correspondirenden Mitgliedern der American Laryngological Association gewählt worden.

Prof. Masini (Genua) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist das Prädicat Professor verliehen worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, September. 1910. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Notiz des Herausgebers. Eine neue Sputumprobe zur Unterscheidung von Bronchial- und Lungenkrankheiten. (A new sputum test for distinguishing bronchial from pulmonary disease.)** *Journal American Medical Association. 5. Februar 1910.*

Es handelt sich um ein von Falk und Tedesko beschriebenes Verfahren, das darauf beruht, dass Salicylsäure und ihre Salze nach Anwendung per os sich in serösen Flüssigkeiten (Pleura, Peritoneum) und entzündlichen Exsudaten findet, jedoch nicht in Drüsensecreten, wie Speichel, oder im Secret der Bronchialschleimhaut. Finden sie sich im Sputum, so ist es ein Zeichen, dass die Lungensubstanz selbst ergriffen ist. Das Salicyl lässt sich im Sputum durch Zusatz von Eisenchlorid nachweisen. Niemals gelang die Reaction bei Erkrankungen, in denen das Sputum nur aus den Bronchien stammte: acute und chronische, sowie purulente Bronchitis, Bronchiektasie, Stauungskatarrh. Bei Lobarpneumonie erschien das Salicyl im Sputum in grossen Mengen; in einem durch Autopsie erhärteten Fall von centraler Pneumonie ohne physikalische Zeichen war die Reaction positiv. In allen Fällen von Tuberculose war die Reaction positiv, jedoch ging ihre Intensität nicht parallel mit dem klinischen Befund.

EMIL MAYER.

2) **Flotats Domenech** (Barcelona). **Die Fulguration und maligne Neubildungen, speciell in der Rhino-Laryngologie. (La Fulguración y los neoplasmas malignos especialmente en rino-laringologia.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la gargenta. No. 16.*

Verf. beschreibt die von Laurens angegebene Technik des Keating-Hart'schen Verfahrens für den Kehlkopfkrebs und studirt den Mechanismus der Heilung gemäss den verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Carcinoms. Er führ.t keine Fälle persönlicher Erfahrung an.

A. J. TAPIA.

3) E. Dina. **Ueber einen neuen Fall von Perforation der Luftwege durch verkäste Bronchialdrüsen. (Sopra un nuovo caso di perforazione delle vie respiratorie per gangli peribronchiali in degenerazione caseosa.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. November 1909.*

Es handelte sich um ein 5jähriges Kind, das hochgradig asphyktisch in die Klinik gebracht wurde und bei dem man eine Larynxdiphtherie vermuthete, wegen deren man zuerst die Intubation und, als diese erfolglos blieb, die Tracheotomie machte. Aber auch danach blieb die Respiration erschwert; sie wurde erst wieder normal, als durch einen Hustenstoss aus der Tracheotomiewunde ein gelblichweisser Brei und danach ein mandelförmiger Körper entfernt wurde, der sich bei der Untersuchung als eine verkäste Lymphdrüse erwies, in der auch Tuberkelbacillen gefunden wurden.

FINDER.

4) **Fritz Neumann** (Wien). **Ein Beitrag zur Klinik des Sklerems.** *Mit 5 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 4 u. 5. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

5) **Nielsen** (Kopenhagen). **Generalisirte Pityriasis rubra pilaris. — Ausgebreitete leukoplasiforme Affection verschiedener Schleimhäute. — Syphilis.** *Monatsh. f. pract. Dermatol. Bd. 50. H. 11 u. 12. 1910.*

Das eingehend geschilderte Krankheitsbild bei einem 21jährigen Manne wird vom Verf. aufgefasst als eine Pityriasis rubra pilaris mit einer bei dieser Krankheit bisher ungekannten Localisation auf verschiedenen Schleimhäuten in Gestalt leukoplasiformer Veränderungen, welche klinisch im Ganzen mit den Schleimhautaffectionen bei Lichen ruber planus übereinstimmen. Befallen waren die Wangen-, Zungen-, Gaumenschleimhaut, Tonsille, hinterer Gaumenbogen, Zungenwurzel, Pharynx und Larynx.

SEIFERT.

6) **Lannois** und **Curtil. Chronischer Schleimhautpemphigus. (Pemphigus chronique des muqueuses.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 3.*

Es handelt sich um einen Fall von Pemphigus der Conjunctiven, der Nasen- und Rachen-Kehlkopfschleimhaut. Die Krankheit des nunmehr 69jährigen Webers begann vor 5 Jahren mit Paraesthesien im Rachen. Erst 2 Jahre später zeigten sich charakteristische Pemphigusblasen an den Conjunctiven. Patient wurde unterdessen an Staar operirt und erblindete vollständig im Verlaufe seines Conjunctivalleidens. Im Rachen sieht man überall theils ältere, theils jüngere Pemphigusblasen. Desgleichen sind die Zeichen des Pemphigus in der Nase in Form von Krusten und Ulcerationen im Kehlkopf, namentlich an der Epiglottis und den Aryknorpeln zu erkennen. Wie gewöhnlich beim Schleimhautpemphigus ist der Rest des Körpers frei, wenigstens in der ersten Zeit des Leidens.

LAUTMANN.

7) **Curt Kayser** (Berlin). **Beitrag zum Studium des primären Schleimhautlupus und seiner Behandlung.** (Aus der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke der Königl. Charité. Director Geh.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel.) *Dissertation.*

Nach Bemerkungen über Vorkommen des Schleimhautlupus, Verhalten des-

selben zur Schleimhauttuberculose und seine Beziehungen zur Lungentuberculose — alles mit fleissiger Benutzung der Literatur — bespricht Verf. die Therapie desselben und räth im Anschluss an die Darstellung eines in der Berliner Universitätspoliklinik durch Tuberculinbehandlung wesentlich gebesserten Falles von primärem Schleimhautlupus der Nase, der sich in grosser Ausdehnung auf die Schleimhaut des Oberkiefers fortsetzte, vom Tuberculin bei Schleimhautlupus ausgedehnteren Gebrauch zu machen wie bisher.

Es wurden der betr. Patientin in der Zeit vom 27. 7. bis incl. 9. 12. an 33 Tagen 33 Tuberculininjectionen gemacht und zwar von 0,001 g beginnend bis zu 1,0 g langsam aufsteigend. Beim Auftreten von Fieber wurde im allgemeinen die gleiche Dosis wiederholt bis zum Aufhören der Reaction. Die letzten Residuen der Erkrankung — leichte Röthung und etwas unebene Oberfläche in der Ausdehnung eines Fünfpfennigstückes der Schleimhaut des Oberkiefers — sollen durch eine nochmalige Tuberculinkur beseitigt werden.

SALZBURG.

8) **Burrill B. Crohn. Blutculturen beim Rotz des Menschen. (Blood cultures in human glanders.)** *American Journal of the Medical Sciences. August 1909.*

Die Folgerungen, die aus einem Studium der Fälle von Rotz, in welchen Blutculturen angelegt wurden, gezogen werden können, sind: Beim acuten Rotz ist das Ergebniss der culturellen Blutuntersuchung im frühen Stadium der Krankheit negativ; bei Untersuchungen, die im späteren Verlauf der Krankheit gemacht werden, ist das Ergebniss stets positiv, besonders nach dem Erscheinen des pustulösen Ausschlags. Chronische Fälle haben bisher ein negatives Ergebniss gezeigt.

EMIL MAYER.

9) **Clifton M. Miller. Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *American Journal of Dermatology. August 1909.*

Verf. behauptet, dass in der Nase die tertiäre Syphilis sich gewöhnlich zuerst durch eine Schwellung der unteren Muscheln manifestire, die sich durch ihre Härte von der Rhinitis hyperplastica unterscheide (? Red.). Dieser Zustand kann zu jedem Stadium von Destruction führen. Im Pharynx bestehen die ersten Erscheinungen der tertiären Syphilis in gewöhnlich rundlichen Geschwüren.

EMIL MAYER.

10) **Zange** (Strassburg). **Ueber die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Med. Klinik. 29. 1910.*

Der Verf. betont, dass die Syphilisdiagnose der oberen Luftwege nicht selten recht schwierig sein kann, zumal die pathologisch-anatomischen Ergebnisse der Untersuchung nicht immer eindeutig sind, desgleichen die bakteriologische Untersuchung. Die Anamnese ist meistens recht unsicher. Es müssen möglichst viele Symptome zusammengenommen werden, wenn die Diagnose sicher und exact gestellt werden soll. Ein wesentliches Hilfsmittel für die Diagnose stellt die Wassermann'sche Seroreaction dar, für deren Werth einige charakteristische Fälle mitgetheilt werden.

SEIFERT.

11) **Oscar Bloch. Uebersichtliche Darstellung der Verengerungen der Luftwege. (Oversigtlig Fremstilling af „Stenoser" i Luftveiene.)** *Dansk Klinik. No. 8. 1909.*

Ein Bruchstück einer klinischen Vorlesung von einem nicht laryngologischen Standpunkte. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Tissier** (Paris). **Angeborener Mangel der Nase. (Absence congénitale du nez.)** *Société obstétrique de Paris. 17. Februar 1910.*

Das Septum fehlt völlig; unter der Gesichtsmaske finden sich zwei durch einen ca. 2 cm breiten Zwischenraum getrennte Oeffnungen, die in den Pharynx führen. GONTIER de la ROCHE.

13) **L. Clerc. Beitrag zum Studium des Rhinophyms. (Contributo allo studio del Rinofima.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XXI. No. 4.*

Die histologische Untersuchung der Fragmente des neoplastischen Gewebes hat ergeben, das der charakteristische und vorwiegende Theil desselben aus lymphatischem Gewebe besteht, das nicht nur das Chorium infiltrirt und sich bis unter die epidermoidalen Schichten erstreckt, sondern auch das Unterhautzellgewebe. Es bildet dies ein interessantes und neues Phänomen wegen der eigenthümlichen Vertheilung der mononucleären Lymphocyten, durch welche dem Tumor ein Aussehen ähnlich dem der glandulären Lymphorgane gegeben wird.

Verf. ist geneigt, diesem Fall von Rhinophym die Bedeutung eines lymphatischen Tumors beizulegen. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Syphilis ein prädisponirendes ätiologisches Moment abgiebt. CALAMIDA.

14) **O. Lanz** (Amsterdam). **Rhinophyma.** *Nederl. Tijdschr. f. Geneesk. I. No. 16. 1910.*

Bei 2 von den 3 Patienten war Potatorium absolut auszuschliessen. Die Behandlung soll eine andere sein, wenn das Leiden ein diffuses oder ein mehr umschriebenes ist. Bei dem einen Patient hat L., nach von Bruns, aus dem Nasenrücken scharf eine senkrechte Ellipse, und aus dem Nasenflügel eine horizontale Ellipse herausgeschnitten und die Wunden primär vernäht. Bei der mehr diffusen Form ist die Decortication angezeigt. Die neue Haut bildet sich schnell vom Epithel der zurückgebliebenen Talgdrüsenreste aus. Unter localer Cocain-Adrenalin-Anästhesie ist die Blutung nicht störend. H. BURGER.

15) **Font de Boter** (Barcelona). **Naevus maternus der Nasenwurzel durch Radium geheilt. (Naevus maternus del arranque de la nariz, curado por al radium.)** *Revista barceloncsa de enfermededas de la gargenta. No. 16.*

Verf. benutzte 2 cg Radiumsulphat; die Anwendung geschah 14 Tage lang, täglich eine Stunde; nach 14 Tagen begann die Entfärbung und Retraction der Masse. Zwei Wochen Ruhe, während deren die Besserung fortschreitet. Dreissig neue Applicationen; Heilung, ohne dass Spuren zurückbleiben.

Für die Fälle, wo mehr als 500000 Activitäten erforderlich sind, empfiehlt Verf. das Verfahren von Dominici, um Radiumdermatitiden zu vermeiden, d. h. Bedeckung der erkrankten Partien mit einer 0,1—0,2 mm dicken Bleiplatte. Hat sich die Tumormasse erst einmal vermindert, so kann man die Oberfläche mit geringerer Activität behandeln unter Fortlassung der Bleiplatten. TAPIA.

16) **A. Mertens** (Haag). **Gesichtsprothese. (Aangezichtsprothese.)** *Handel. Nederl. Tandheelk. Congress 1909 Amsterdam. p. 214.*

Die äussere Nase war bei einem Manne von 26 Jahren durch Lupus gänzlich verloren gegangen. Auch der mittlere Theil der Oberlippe war verschwunden und die vier Schneidezähne des Oberkiefers ausgefallen. Auf einer Gypsmaske des Gesichtes wurden Nase und Lippe modellirt; es wurde aus Gyps ein Negativ gegossen und in demselben aus Wachs ein Positiv gemacht. Diese Wachsprothese wurde auf dem Gesicht des Patienten genau detaillirt. Sie trägt auf der hintern Seite ein nach unten gebogenes Häkchen. Die Prothese wurde dann in vulkanisirtem Kautschuk reproducirt. Eine zweite Prothese, welche vier Schneidezähne trägt und mittelst Häkchen am Gebiss des Oberkiefers befestigt ist, dient zur Fixation der Nasenprothese. Sie trägt ein nach oben und rückwärts gerichtetes Stäbchen, um welches herum eine Gebissfeder geschoben wird. Letztere fasst das Häkchen der Nasenprothese und übt auf dieselbe einen fortwährenden Zug nach hinten aus, infolge dessen die Prothese auch bei Bewegungen der Gesichtsmuskeln stets gut anschliesst. H. BURGER.

17) **E. A. Pólya** (Budapest). **Nasenspitzenplastik von der Oberlippe.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1910.*

Nach Operation eines Nasenepithelioms blieb ein bis zum oberen Rande der Apertura piriformis reichender Defekt zurück, welcher von der Oberlippe ersetzt wurde. Der kosmetische Effekt ist zufriedenstellend. POLYAK.

18) **Pierre Sebileau. Die metallische Prothese des Schädels. (La prothèse métallique du crâne.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Trotz aller osteoplastischer Operationen kommt man bei der Chirurgie des Kopfes in die Lage, künstlich Knochendefecte mittels Prothesen decken zu müssen. Man zweifelte bisher daran, ob solche Prothesen sich auf die Dauer halten können. Sebileau hat 1903 die Vorderwand der Stirnhöhle, nach Abtragung derselben wegen eitrigen Zerfalles, durch eine gefensterte Goldplatte ersetzt und diese Prothese hat sich bis auf den heutigen Tag, also mehr wie 7 Jahre, in der Einbettung gehalten. Seither hat Sebileau noch zwei andere Fälle von künstlicher Ersetzung abgetragener Schädelknochen durch Goldplatten, den einen Fall durch 3 Jahre, den anderen durch mehrere Monate, beobachten können. Es scheint somit der Beweis erbracht, dass solche Prothesen practisch durchführbare Maassnahmen sind. Allerdings gehört zur Ausführung solcher Prothesen die Unterstützung, die Sebileau durch Delair gefunden, der in der Kunst der Prothese thatsächlich unübertroffen dasteht. LAUTMANN.

19) **Sprengel** (Braunschweig). **Die Benutzung der Bindehaut des Auges beim plastischen Verschluss von Defecten der Nase.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1910.*

Bei ausgedehntem Defect des Nasenrückens, entstanden nach Exstirpation eines Carcinoms deckte Spr. den Defect in der Weise, dass er die Conjunctiva des Auges als gestielten Lappen in toto auf die Nase überpflanzte, die Schleimhaut nach innen, die wunde Fläche nach aussen.

SEIFERT.

20) **M. Wassermann** (München). **Ueber die kosmetische und therapeutische Anwendung des Paraffins auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Mit 4 photographischen Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1910.*

Nach einem Bericht über die Entwicklung der Paraffininjectionen, ihre Complicationen und Misserfolge, sowie über das Schicksal des in die Gewebe injicirten Paraffins bespricht W. die Technik und empfiehlt die Spritze von Lermoyez-Mahu, die ein Paraffin vom Schmelzpunkte 42—45° in starrer Consistenz einzuspritzen gestattet; damit sind eine Reihe Gefahren und Misserfolge ausgeschaltet. Neben dem Ausgleich von Einsenkungen nach Stirnhöhlenradicaloperationen wandte es Autor mit gutem Erfolg zur Beseitigung von Sattelnasen luetischer, traumatischer oder angeborener Natur an. Einen gleich guten Erfolg beobachtete Verf. durch die submucösen Injectionen bei über 30 Fällen von Ozaena, bei denen er beachtenswerthe Besserungen erzielte, die er auf pathologisch-anatomische und physiologische Aenderungen zurückführt.

HECHT.

21) **H. Gillot. Beitrag zum Studium der Pathogenese der Ozaena. (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène.)** *Dissert. Lille 1909.*

Verf. untersuchte 50 Ozaenapatienten. Er vertritt den irrigen Standpunkt, dass regelmässig bei der Ozaena vermittelst der Sonde blossliegende, nekrotische Knochenpartien im Siebbein nachweisbar seien. Würden diese cariösen Knochenherde curettirt, so würden Foetor und Krustenbildung verschwinden.

OPPIKOFER.

22) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Frühformen der Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1910.*

Dieser Artikel ist schon in den Verhandlungen des XV. internat. med. Congresses publicirt worden.

POLYAK.

23) **R. Leroux. Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Presse Médicale. 7. Mai 1910.*

Die wahre Ozaena ist auf das Wachsthum eines specifischen Microorganismus unter bestimmten Umständen zurückzuführen, von denen die hauptsächlichsten eine Veränderung des Secrets und besonders eine Atrophie der Schleimhaut bilden, sei diese nun auf Tuberculose, Syphilis oder irgend eine andre Ursache für die Debilität der Schleimhaut zurückzuführen.

Verf. behandelt mit Paraffininjectionen in Verbindung mit heisser Luft von 60°, die das Paraffin zwischen die Schleimhautdrüsen ausbreiten soll.

GONTIER de la ROCHE.

24) **Richard Botey. Sind die Paraffininjectionen zur Zeit die beste Behandlungsart der Ozaena? (Las inyecciones de parafina en el ozena son actualmente el mejor tratamiento de esta afección?)** *Archivos de Rhinologia, Laringologia y Otologia. No. 61. 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die submucösen Paraffininjectionen stellen zur Zeit in der That die beste Behandlungsart der Ozaena dar; sie giebt 50 pCt. Heilungen, 33 pCt. erhebliche Besserungen und nur in 15 pCt. tritt diese wenig hervor. Vorhergehende submucöse Injectionen von Wasser erleichtern die ersten Male die Einführung des Paraffins; man kann sie als ein Hilfsmittel betrachten, das zur Erzielung eines vollkommenen Resultats beiträgt.

Die Heilung der Ozaena oder ihre Besserung hält während mehrerer Jahre an. Andern Falles braucht man nur die Injectionen zu wiederholen. TAPIA.

25) **A. Logan Turner** und **C. J. Lewis. Eine weitere Studie über die Bakteriologie der Nebenhöhleneiterungen. (A further study of the bacteriology of suppuration in the accessory sinuses of the nose.)** *Edinburgh Medical Journal. April 1910.*

Verff. beschäftigen sich hauptsächlich mit der Bakteriologie der Highmorshöhlenempyeme und haben sich bemüht, daraus Schlüsse auf die beste Art der Behandlung zu gewinnen.

Aus den mannigfachen Ergebnissen, zu denen sie auf Grund ausgedehnter bakteriologischer und cytologischer Untersuchungen gelangen, seien folgende hervorgehoben:

1. Die Nebenhöhleneiterung ist nicht durch irgend einen besonderen Microorganismus hervorgerufen.

2. Von den verschiedenen Kokkenformen werden gewöhnlich gefunden: Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken vom Typus des Micrococcus catarrhalis.

3. Folgende Gruppen von Bacterien finden sich häufig bei Sinuseiterungen: a) Bact. coli und die ihm nahestehenden Arten; b) Putreficirende Bacterien, wie Proteus und die ihm nahestehenden; c) Zahnbacterien wie Bac. gangraenae pulpae und Bac. necrodentalis; d) als obligat eine Gruppe von Anaeroben, deren hervorragendste Repräsentanten sind B. perfringens und B. ramosus; e) eine diphtheroide Gruppe; f) der Bac. influenzae.

4. Klinische und bacteriologische Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass die nasale Infection des Antrums häufiger ist, als die dentale und dass circa ein Drittel der Fälle von Antrumempyem dentalen Ursprungs ist.

5. Foetor kann sowohl bei sehr frischen, wie auch bei chronischen Antrumeiterungen vorhanden sein und kann sowohl bei solchen nasalen wie dentalen Ursprungs sich finden.

6. Wenn Spülungen der Höhle ausführbar sind, sollten sie von der Nase aus vorgenommen werden.

7. Ein gewisser Procentsatz der Antrumeiterungen heilt unter Spülungen;

man kann jedoch weder aus dem Verlauf des Falles, noch der Art der Absonderung noch der Infection schliessen, welche Fälle erfolgreich behandelt werden können.

8. Eine gewisse Hilfe für die Auswahl der zur Spülbehandlung geeigneten Fälle gewährt die Untersuchung der Zellelemente des Eiters und die bacteriologische Untersuchung desselben.

9. Der Werth der cytologischen Untersuchung wird dadurch herabgemindert, dass der entzündliche Process in einem Theil der Antrumschleimhaut vorgeschrittenere Veränderungen bedingt als in dem andern.

10. In den Fällen, in denen die Untersuchung eine verhältnissmässig kleine Zahl von Lymphocyten ergiebt, ist die Aussicht auf Heilung durch Spülungen grösser, als wenn ein Uebermaass an Lymphocyten vorhanden ist.

11. Findet sich in chronischen Fällen ein Uebermaass von Lymphocyten in Verbindung mit dem Streptococcus pyogenes, dann sollte die Behandlung mit Spülungen nicht versucht werden.

C. LOGAN TURNER.

26) **D. Braden Kyle. Acute Nebenhöhlenentzündung; Symptome, Diagnose und Behandlung. (Acute inflammations of the accessory sinuses, symptoms, diagnosis and treatment.)** *Journal of the American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. empfiehlt eine conservative endonasale Behandlung; er verwendet kein Adrenalin wegen der nachträglichen dadurch bewirkten Reaction. Er hat nicht selten Fälle gesehen, in denen eine Gasansammlung im Antrum alle Symptome einer acuten Entzündung hervorrief, die verschwanden, nachdem die natürliche Oeffnung freigelegt war.

EMIL MAYER.

27) **W. E. Murphy. Die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. (The diagnosis of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *The Lancet Clinic. 1. Mai 1909.*

Enthält nichts Neues.

EMIL MAYER.

28) **Onodi** (Budapest). **Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 23. 1910.*

Onodi bespricht die Wege, auf denen sich eine Eiterung aus den Nebenhöhlen auf das Schädelinnere fortpflanzt. Er macht dabei besonders auf die Varietäten im Bau der Nebenhöhlen aufmerksam.

OPPIKOFER.

29) **Arthur Holding. Behandlung der Nebenhöhlen mit Wismuth, Röntgenstrahlen und Elektricität. (Treatment of sinuses with Bismuth, Roentgenray and Electricity.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Verf. injicirt zuerst in den Sinus eine aseptische Suspension von Bismuth. subnitr. 1 Theil auf 2 Theile Vaselin mittels einer Glasspritze von grosser Capacität. Dann wird eine Roentgenaufnahme gemacht, die exact die Grösse und alle Verzweigungen der Höhle wiedergiebt.

LEFFERTS.

30) **J. L. Goodale. Behandlung chronischer eitriger Zustände in der Nase mit Milchsäurebakterien. (Treatment of chronic suppurative nasal conditions by the use of lactic acid bacteria.)** *N. Y. Medical Record. 31. Juli 1909.*

Die Fälle des Verf. betreffen solche von chronischer Atrophie mit Ozaena und die verschiedenen Sinuserkrankungen. In Fällen von Ozaena mit Borkenbildung wurde eine entschiedene Wirkung erzielt; die Resultate waren zu vergleichen denen mit Argyrol. Es bleibt aber abzuwarten, ob es sich um mehr als einen temporären Erfolg handelt. Bei chronischen Nebenhöhleneiterungen mit Hypertrophie und Polypenbildung wurde kein Resultat erzielt.

LEFFERTS.

31) **Fr. Preysing** (Cöln). **Atypische Nebenhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 17. 1910.*

Bei malignen Tumoren im Gebiete der obern Nase und Nebenhöhlen empfiehlt Verf. auf die Kosmetik nicht zu sehr Rücksicht zu nehmen. Der Hautschnitt ist ein T-Schnitt, bestehend aus einem Horizontalschnitt über beiden Supraorbitalrändern und einem Vertikalschnitt über den Nasenrücken. Die Vorderwand einer oder beider Stirnhöhlen wird ohne Erhaltung einer Spange entfernt, ebenso die Nasenwurzel bis auf einen Rand um die Apertura piriformis, bei einseitiger Operation die ganze eine Hälfte des äusseren Nasengerüstes. Auch empfiehlt es sich vom knöchernen Septum reichlich zu entfernen. In denjenigen Fällen, bei denen eine primäre Naht angelegt werden kann, ist die Verunstaltung eine verhältnissmässig geringe. 8 Photographien von 6 derartig operirten Fällen ergänzen die Arbeit.

OPPIKOFER.

32) **Duncan Mac Pherson. Asthma nach operativen Maassnahmen bei Ethmoiditis. (Asthma following operative measures in ethmoiditis.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es ist bisher der Möglichkeit keine Aufmerksamkeit zugewendet worden, dass durch künstliche Schaffung von hyperästhetischen Zonen in der Nase Asthma erzeugt werden kann. Es werden drei Fälle berichtet, in denen asthmatische Anfälle nach Operationen an den Siebbeinzellen auftreten. Keiner der Patienten litt vorher an Asthma und bei allen traten die Anfälle 2—3 Wochen nach der Operation auf. Verf. meint, dass seine Fälle die Meinung derjenigen Rhinologen widerlegen, die eine Obstruction der Nase zur Hervorbringung eines Asthma nasale für nothwendig erachten. (Von den angeführten Fällen kann nur einer wirklich als positiv bezeichnet werden; die Zahl der Fälle ist zu gering, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen. Ref.)

EMIL MAYER.

33) **Castaneda** (San Sebastian). **Chronische eitrige Ethmoiditis mit Fistelbildung und ohne endonasale Erscheinungen. (Etmoiditis supurada crónica con fistula y sin manifestaciones endo-nasales.)** *Boletin de laringologia etc. Januar-Februar 1910.*

In dem ein 18jähriges Mädchen betreffenden Fall handelt es sich um eine eitrige, geschlossene Ethmoiditis der hinteren Siebbeinzellen; es bestand eine Fistel im inneren Augenwinkel; die Erkrankung ging nicht auf das übrige Siebbein über.

TAPIA.

34) **Duverger. Sarkom des Siebbeins und der Kieferhöhle. Operation nach Moure. (Sarcome globo-cellulaire de l'ethmoïde et du sinus maxillaire gauches. Rhinotomie latérale et ethmoidectomie. Procédé de Moure.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 15. 1910.*

Patient ist 22 Jahre alt und wurde 4 Monate vor Veröffentlichung der Arbeit vom Autor operirt. Wenn auch der Dauererfolg unbestimmt ist, so war der operative Erfolg ein ausgezeichneter, was Zugänglichkeit des Tumors und kosmetisches Resultat anlangt. In Folge dessen beschreibt Verf. die von ihm befolgte Technik, die sich ganz an die von Moure (Soc. franç. de larnyg. Mai 1901) beschriebene und seither von allen Seiten mit bestem Erfolge ausgeführte Operationsmethode anschliesst.

LAUTMANN.

35) **Rueda** (Madrid). **Fibro-mucöser Nasentumor und Sinusitis fronto-ethmoidosphenoidalis. (Tumor nasal fibro-mucoso y sinusitis fronto-etmoido-esfenoidal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 2. 1910.*

Der Tumor war so gross, dass er das Nasenskelett deformirte. Gleichzeitig bestand eine Erkrankung des Siebbeins, der Stirnhöhle und Kielbeinhöhle. Operation: Verf. machte eine Combination zwischen der lateralen Rhinotomie nach Moure und den Operationen von Taptas und Kuhnt; diese atypische Operation gestattete, den Tumor zu exstirpiren und gleichzeitig die Sinusitis zu behandeln. Heilung.

TAPIA.

36) **Lee Maidment Hurd. Neubildung, von der Fissura spheno-ethmoidalis ausgehend. (New growth arising from the spheno-ethmoidal fissura.)** *The New York Polyclinic Journal. Juni 1909.*

Der Tumor war weich, blutete leicht und konnte hinter dem Kieferast gefühlt werden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinom.

EMIL MAYER.

37) **Salembier. Symptomatologie, Diagnostik und Behandlung der Keilbeinhöhleneiterungen.** *Dissert. Lille 1908.*

Die Dissertation, die nichts Neues bringt, entstand auf Veranlassung von Prof. Gaudier, der die Keilbeinhöhleneiterung als sehr seltene Affektion ansieht, da er bis heute nur 2 Fälle beobachtete.

OPPIKOFER.

38) **W. S. Syme. Chronische Keilbeinhöhlenerkrankung. (Chronic sphenoidal sinus disease.)** *Lancet. p. 422. 12. Februar 1910.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, von denen bei 16 die operative Behandlung von Erfolg war; 2 sind noch in Beobachtung. Symptome, Methoden der Diagnose und operative Technik werden im Detail beschrieben. Verf. macht auf ein Oedem im hinteren Theil des Septums als ein Symptom von einiger Bedeutung aufmerksam, betont aber, dass dieser Zustand auch abgesehen von Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen nicht ungewöhnlich sei. Bei einer Serie von 230 Schädeln fand er bei einer grossen Höhle ein Fehlen des Ostiums, in einem anderen Fall führte es in die hintere Siebbeinzelle. Das Fehlen von eitrigem Secret bei der Ausspülung der Höhle hält er von geringer diagnostischer Bedeutung, da in einigen Fällen, wo die Operation das Vorhandensein von Granulationsgewebe oder Polypen ergab, sehr

wenig Absonderung in der Höhle sich vorfand. Nach Erfahrung des Verfassers ist es nicht ungewöhnlich, Erkrankung des hinteren Siebbeinlabyrinths ohne Keilbeinhöhlenerkrankung zu finden, selten aber das Umgekehrte.

In keinem seiner Fälle sah sich Verf. genöthigt, den Weg von aussen für die Operation der Keilbeinhöhle einzuschlagen. Bei engen Nasen, wo auch Entfernung von eventuellen Leisten und Deviationen nicht genügend Raum schafft, hält es Verf. für richtig, so zu operiren, wie bei der Killian'schen Stirnhöhlenoperation, die zu dieser Region so guten Zugang giebt. Er berichtet über einen Fall, in dem eine Opticusatrophie aus dem Keilbeinempyem resultirte und in dem schliesslich Erblindung eintrat; von 14 Fällen, in denen der Opticus untersucht wurde, wurde er in sechs normal befunden, in vier wurden verschiedene Grade von Congestion constatirt und in drei war beiderseits ausgesprochene Neuritis optica.

WATSON WILLIAMS.

39) **M. Hajek** (Wien). **Mucocele der Keilbeinhöhle, complicirt durch Neuritis optica. Operation. Heilung.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von Hydrops der linken Keilbeinhöhle, der sich bei einer 47jährigen Ozaenakranken fand. Die Vorderwand der Keilbeinhöhle war nasalwärts vorgewölbt, sah tumorartig aus und fühlte sich stellenweise knöchern, stellenweise elastisch an. Beim Einreissen der elastischen Stellen mittelst des Siebbeinhakens stürzte „eine ansehnliche Menge einer anscheinend unter hohem Druck befindlichen, serös-schleimigen Flüssigkeit in die Nasenhöhle hervor". Nach Abtragung der ganzen Keilbeinhöhlenvorderwand zeigte die blasse Schleimhautauskleidung der Höhle nichts von der Norm Abweichendes. Die gleichzeitig bestehende starke Neuritis optica ging auffallend rasch zurück, so dass Pat. subjectiv bereits $^1/_2$ Stunde nach der Operation bedeutend besser sah. Die Entstehung der Sehstörung erblickt Verf. entweder als Folge des Flüssigkeitsdruckes auf die innere Knochenwand des Canalis opticus oder als Folge der „Circulationsstörung im Gebiete des Sehnerven in Folge des erhöhten Druckes auf den in collateraler Beziehung stehenden Venencomplex der Keilbeinhöhle". Besonderes Interesse verdient auch die erfolgreiche Röntgenphotographie, die mit ihrem positiven Befund die Diagnose förderte. Anschliessend epikritische Erörterung, Besprechung der einschlägigen Literatur und Betrachtungen über Augencomplicationen bei Keilbeinhöhlenerkrankungen.

HECHT.

40) **Dunbar Roy. Bericht über ein wahrscheinliches Sarkom der Keilbeinhöhle. (Report of a probable case of sarcoma of the sphenoidal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Das erste Symptom, worüber Pat. klagte, war ein Rauschen im linken Ohr und Schwerhörigkeit auf demselben. Ein Tubenkatheter konnte nicht eingeführt werden, da die Geschwulst der Keilbeinhöhle nach unten und links auf die Tube drückte. Später sah Verf. eine Hervorwölbung im Nasenrachen; es trat dann Parese des M. rectus externus und Exophthalmus des linken Auges auf. Fünf Tage später war der linke M. rectus externus gelähmt, Parese des N. facialis derselben Seite,

die Hervorwölbung im Nasenrachen trat stärker hervor, blutete leicht bei Berührung und es bestanden auch Schmerzen in der linken Orbita und auf der linken Kopfhälfte.

EMIL MAYER.

41) **W. S. Syme** (Glasgow). **Einige Punkte in der Chirurgie der Keilbeinhöhle. (Some points in the Surgery of the sphenoidal sinus.)** *Glasgow Medical Journal. 1909.*

Verf. giebt eine Schilderung der von ihm angewandten Technik der Keilbeinhöhlenoperation; neue Gesichtspunkte treten dabei nicht zu Tage.

A. LOGAN TURNER.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Die Eröffnung der Schädelhöhle und des Gehirns durch die Nasenhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 12. 1910.*

Eine Demonstration vor der ungarischen Academie der Wissenschaften, bei welcher Gelegenheit Verf. seine photographischen Aufnahmen und Untersuchungsergebnisse vorstellte. Die interessante Monographie soll demnächst in deutscher und englischer Sprache in Buchform erscheinen.

POLYAK.

43) **Gerhard H. Cocks. Die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung des Nasenrachens bei der Behandlung von Ohrkrankheiten. (The necessity of a careful examination of the nasepharynx in the treatment of ear diseases.)** *The Post-Graduate. Juli 1909.*

Verf. weist auf die Bedeutung von Strängen und adenoidem Gewebe in der Rosenmüller'schen Grube für die Entstehung von Mittelohrerkrankungen hin.

EMIL MAYER.

44) **Francis R. Packard. Die Bedeutung gründlicher Untersuchungen des Nasenrachens bei der Ohrbehandlung. (The importance of the thorough study of the nasopharynx in treatment of the ear.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

In jedem Fall von Mittelohrerkrankung muss der Nasenrachen mit dem Spiegel und auch digital untersucht werden, und zwar vor und nach Reinigung von dem ihm anhaftenden Schleim. Die Bedeutung von Adhäsionen im Nasenrachen für das Zustandekommen von Ohrkrankheiten ist bisher übersehen worden, besonders wegen der Schwierigkeiten der Untersuchung des Nasenrachens.

EMIL MAYER.

45) **H. Vincent** (Paris). **Desinfection des Nasenrachens zur Prophylaxe der Meningitis cerebro-spinalis. (Desinfection du Rhinopharynx dans la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale.)** *Société méd. des hôpit. 18. März 1910.*

Verf. betont von neuem die Gefahr der Meningokokkenträger. Er schlägt eine Methode vor, die in sehr kurzer Zeit die Meningokokken zum Verschwinden bringt und eine ausgezeichnete Asepsis des Nasenrachens bewirkt: Langsame, drei- bis viermal des Tages vorgenommene Inhalation mit:

Rp. Jod 12,0
Guajacol. 2,0
Acid. thymic. 0,25
Alcohol (80 proc.) 200,0.

Pinselungen der ganzen Rachenoberfläche mit Jodglycerin ($^1/_{30}$); Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung.

GONTIER de la ROCHE.

46) L. Clarc. **Primäres Lymphosarkom des Nasenrachens. (Linfosarcoma primitivo della rinofaringe.)** *Bollet. mal. orecchio. Mai 1910.*

Der Tumor nahm den ganzen Nasenrachen ein, war in die rechte Tube eingedrungen und kam in Gestalt eines Polypen im äusseren Gehörgang zum Vorschein. Der operative Eingriff brachte nur vorübergehende Erleichterung; die Radiotherapie wirkte anfangs günstig auf die metastatischen Lymphdrüsen, die zum Theil zurückgingen, sie konnte den letalen Ausgang nicht aufhalten, trug aber dazu bei, die subjectiven Beschwerden herabzusetzen. CALAMIDA.

47) Botey (Barcelona). **Neubildung des Cavum und der rechten Rosenmüllerschen Grube. Exstirpation auf natürlichem Wege. (Néoplasma del cavum y de la fosa de Rosenmüller derecha. Exstirpación por la via natural.)** *Archivos de Rinologia. No. 150. 1909.*

Unter Cocain-Adrenalinanaesthesie Exstirpation des Tumors mit der Lubet-Barbon'schen Curette. Cauterisation. Es wird ein grosser Teil der Unterfläche der Apophysis basilaris freigelegt. Der Tumor erwies sich als ein teleangiektatisches Fibro-Myxo-Sarkom.

Ein Jahr später dauert die Heilung noch an. TAPIA.

48) Maltese. **Ein enormes Nasenrachenfibrom local mit Fibrolysin behandelt. (A proposito di un enorme fibroma rino-faringeo a rapido sviluppo trattato localmente con la fibrolisina.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XV. Fasc. 6. 1909.*

Es handelt sich um einen schnell wachsenden tödtlich verlaufenden Fall bei einem 24 jährigen Mann. Die localen Fibrolysininjectionen hatten eine nekrotisirende Wirkung auf den Tumor, die sich makroskopisch und mikroskopisch nachweisen liess und die besonders die Bindegewebsfasern betraf. Die Reaction, die zuerst eintrat, war leicht und vorübergehend. FINDER.

49) S. Mc Cullagh. **Anscheinend inoperables Fibrom des Nasenrachens mittels Injectionen behandelt. (Fibroma of naso-pharynx apparently inoperable treated by injections.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es handelte sich um einen 19 jährigen Patienten; das hintere Ende der linken unteren Muschel wurde, nachdem es durch Injectionen von Monochloressigsäure reducirt war, resecirt, wonach eine heftige Blutung entstand. Vier Monate später wieder vollkommene Nasenverstopfung. Es wurden wieder dieselben Einspritzungen mittels einer Postnasalspritze gemacht. Die Geschwulst verkleinerte sich, so dass der Patient wieder auf der betreffenden Seite Luft bekam. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) C. van der Hoeven (Haag). **Xerostomie.** *Handel. Nederl. Tandheelk. Congres, Amsterdam. I. p. 80. 1908.*

Die Ursache der Uebertrockenheit der Mundschleimhaut beruht auf verringerter Speichelsecretion. Verf. beobachtete einen Fall bei einer 50 jährigen Dame. Kurze Zeit nach einem Falle auf den Hinterkopf war die lästige Trockenheit des Mundes aufgetreten. Elektrische Behandlung war erfolglos geblieben. Die Schleim-

haut des Mundes war blass und glänzend. Speichel wurde zwar secernirt, aber in ganz geringer Menge. Pilocarpin wurde ohne Erfolg verabreicht. H. BURGER.

51) **J. Zeehandelaar** (Amsterdam). **Perlèche.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 303. 1910.*

Als Schularzt sah Z. bei einer grossen Anzahl Kinder einer Volksschulklasse die von Lemaistre „Perlèche", von E. Lang „Angulus infectiosus" oder „Faulecken" bezeichnete Affection. Sie besteht in der Eruption einer weissen Schwellung mit centraler Rhagade in den beiden Mundwinkeln. Sämmtliche Kinder waren, nur mit Reinigungsmaassregeln behandelt, in vierzehn Tagen wieder hergestellt. Bacteriologisch wurden hauptsächlich Streptokokken gefunden, von denen es indessen gänzlich unsicher ist, ob ihnen eine causale Bedeutung zukommt.

H. BURGER.

52) **J. C. Stewart. Radicalbehandlung des Lippenkrebses. (Radical treatment of epithelioma of the lip.)** *Journal American Medical Association. 15. Januar 1910.*

Ein mit Abbildungen versehener Artikel, in dem Verf. die Nothwendigkeit einer radicalen Operation mit Entfernung der regionären Lymphdrüsen in allen Fällen auseinandersetzt. EMIL MAYER.

53) **P. J. Mink** (Utrecht). **Paradentäre Cysten. (Paradentaire kysten, tandwortelkysten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1619. 1910.*

Grosse Zahncyste im Bereich der hinteren Kieferhöhlenpartie. Durch Extraction einiger cariöser Zähne war zugleich der Cystenboden breit eröffnet. Die Innenwand der Höhle war blass und glatt, nur an dem oberen Pole sassen einige Granulationen. Die Nachbehandlung bestand in Reinigungen mittels Wasserstoffsuperoxyd, vielfach wiederholten Aetzungen und Auskratzungen, schliesslich auch Heisswasserdampfinsufflationen. Nach vier Monaten war die Höhle gänzlich trocken.

H. BURGER.

54) **W. L. Luckett. Ein Fall von Tetanus mit Infection von einer Zahnhöhle aus. (A case of tetanus with point of infection the cavity of an teeth.)** *N. Y. Medical Record. 19. Februar 1910.*

Da sich am Körper keine andere Eintrittsstelle für die Infection fand, so wurden zwei cariöse Zähne und ein Zahnfragment entfernt, deren Untersuchung auf Tetanusbacillen aber negativ ausfiel. EMIL MAYER.

55) **William B. Coley. Fall von Blastomykose in Verbindung mit Epitheliom des Kiefers. (Case of Blastomycosis associated with epithelioma of the jaw.)** *Journal American Medical Association. 29. Januar 1910.*

25jähriger Mann. Eineinhalb Monate vor der Aufnahme in das Spital wurde der erste Tumor auf der rechten Seite des Unterkiefers am Mundwinkel constatirt. Einige Tage später zeigte sich ein ebensolcher an der entsprechenden Stelle links. Die Tumoren wuchsen rapide. Wenige Wochen nachher war auch ein Tumor in der linken Nierengegend gefunden worden; auch über dem unteren Theil des Sternum fand sich eine Geschwulst; diese wuchs sehr schnell. Eine unter aseptischen

Cautelen vorgenommene Aspiration ergab Eiter, in dem Blastomyceten gefunden wurden. Es entwickelten sich in der Folge zahlreiche Tumoren an verschiedenen Körperstellen. Exitus nach 2 Monaten. Es wurden 15 Tumoren gefunden. Die Untersuchung eines Stücks des Kiefers ergab Epitheliom mit Pigmentbildung.

EMIL MAYER.

56) **J. O. Roe. Palatopharyngeale Adhäsionen. (Palatopharyngeal adhesions.)** *Journal American Medical Association. 15. Januar 1910.*

Diese Verwachsungen können sein: 1. Congenital, 2. einfach entzündlich-katarrhalisch (? Red.), 3. Folge einer Excoriation der Schleimhaut durch scharfe Absonderungen, 4. locale Manifestationen der Exantheme, 5. locale Manifestationen constitutioneller Erkrankungen, wie Tuberculose, Syphilis, 6. Folge von Traumen. Der Unterschied zwischen den am häufigsten vorkommenden syphilitischen Verwachsungen und den anderen besteht darin, dass erstere mit Narbenbildungen und Contractionen einhergehen, während die andern einfache Adhaesionen ohne ausgesprochene Contraction darstellen. Die syphilitischen Verwachsungen sind derb und fibrös, die aus rein entzündlicher Ursache enthalten wenig fibröses Gewebe und sind hauptsächlich musculär und bisweilen findet sich da nur eine Adhaesion der Schleimhautoberflächen.

Was die Behandlung anbetrifft, so hat Roe in drei Fällen mit gutem Erfolg die von Nichols 1890 publicirte Methode angewandt, die darin besteht, dass an den Seiten des Gaumens Seidennähte eingelegt werden und dass die Nähte in situ liegen bleiben, bis ein Kanal sich um sie gebildet hat.

EMIL MAYER.

57) **Morestin** (Paris). **Plastische Operation zur Beseitigung einer Gaumensegel-insufficienz. (Opération plastique pour remédier à une insuffisance du voile du palais.)** *Société de Chirurgie. 27. Juli 1910.*

Es handelte sich um ein junges Mädchen, das nach einer Urano-Staphylorhaphie in der Kindheit trotz aller Uebungen nicht dazu gelangte, normal zu sprechen. Das Gaumensegel war klein und machte nur geringe Excursionen. Verf. machte das Gaumensegel durch eine schräge Incision an beiden Gaumenbögen frei und bewirkte so nach der Naht eine Verlängerung desselben.

GONTIER de la ROCHE.

58) **Kenigstein. Ein Fall von Lues der Nase und des Palatum durum. (Przypadek przymiotu nosa i podniebienia twardego.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Verf. stellte einen Kranken vor, der vor 8 Jahren mit Syphilis inficirt wurde und bei dem trotz energischer 4jähriger Behandlung doch Nekrose der Nasenmuscheln und des Palatum durum eintrat.

A. v. SOKOLOWSKI.

59) **Botella. Grosser, das ganze Gaumengewölbe nebst Nasenscheidewand umfassender Sequester. (Secuestro enorme abercando teda la béveda palatina y el tabique nasal.)** *Boletin de Laringologia. September-October 1909.*

Es handelt sich um Lues.

TAPIA.

60) **E. Bergh** (Malmö). **Ein Fall von congenitaler Cyste des weichen Gaumens.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines 7 Monate alten Kindes, das eine von der Rückseite der verlängerten Uvula ausgehende gestielte, kaum mandelgrosse, fast ganz weisse Geschwulst zeigte, die die mannigfachsten Respirations- und Schluckstörungen auslöste. Der Tumor wurde mittelst Péan gefasst und an seinem Stiel durch Scheerenschnitt abgetragen. Er erwies sich makroskopisch und mikroskopisch als Cyste; per exclusionen kommt Bergh zu der Annahme, dass es sich um eine congenitale Cystenbildung des weichen Gaumens handelt, eine Erscheinung, die in ihrer Seltenheit nur 2 analoge Fälle in der einschlägigen Litteratur auffinden liess.

HECHT.

61) **Stoyanova. Ueber tuberculöse Ulcerationen und Perforationen am Gaumensegel. (De la tuberculose ulcéreuse et perforanto du voile du palais.)** *Dissert. Nancy 1909.*

In der Klinik von Prof. Jacques (Nancy) kamen im Verlauf der letzten vier Jahre 2608 Erkrankungen von Mund oder Pharynx zur Beobachtung; 15 mal (5,75 pCt.) bestand eine Tuberculose.

Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Mund- und Pharynxtuberculose werden eingehend beschrieben.

Was die Behandlung anbetrifft, so empfiehlt Verf. neben der Galvanocaustik die Jodkalitherapie, die bei der Mund- und Pharynxtuberculose — im Gegensatz zur Tuberculose an anderen Körperstellen — meist Heilung bringe. Die 15 Krankengeschichten werden mitgetheilt und durch 5 weitere bereits von Jacques veröffentlichte Fälle ergänzt. Bei einigen dieser Patienten war vorausgehend ohne Erfolg Quecksilber verordnet worden, bei anderen wurden in excidirten Schleimhautstücken Tuberkelbacillen nachgewiesen, oder bestand gleichzeitig neben der tuberculösen Mundaffection ein Lupus der Nase oder eine Tuberculose des Larynx oder der Lungen.

Eine Verschlechterung des Lungenstatus sah Verf. unter der Jodkalitherapie (durchschnittlich 2,0 während mehrerer Wochen) nie eintreten. Fiebernden oder zu Blutungen neigenden Patienten wurde das Jodkali nicht verabreicht.

OPPIKOFER.

62) **Hofmann** (Cöln-Kalk). **Die Freilegung der Schädelbasis durch temporäre Gaumenresection.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1910.*

Von nur chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

63) **Morestin** (Paris). **Pharyngocutane Fistel. (Fistule pharyngo-cutanée.)** *Bullet. de la Société de Chirurgie. 3. Mai 1910.*

Ein 27 jähriges Individuum, das linkerseits über dem vorderen Rand des M. sternocleidomastoideus unten am Halse eine Fistelöffnung zeigt. Seit dem dreizehnten Lebensjahre öffnen sich an dieser Stelle Abscesse. Spaltung des Ganges, der zwischen den M. sterno-thyreoidei verläuft und im unteren Theil des Pharynx mündet. Naht, Drainage, Heilung.

Der Fistelgang war mit Plattenepithel ausgekleidet, ähnlich dem des Pharynx. Es handelte sich zweifellos um eine angeborene Fistel, die sich später geöffnet hat.

GONTIER de la ROCHE.

64) **P. Nobecourt. Hypertrophie der lymphatischen Rachengewebe und deren Beziehungen zur Tuberculose. (Hypertrophy of the lymphoid tissue of the pharynx and its relations to Tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juli 1909.*

Verf. hat 22 Kindern im Alter von 31 Monat bis 4 Jahren mit grossen Mandelhypertrophien und Adenoiden untersucht, von denen keins Lungentuberculose hatte. Nach dem Ausfall der Pirquet'schen und der Ophthalmoreaction konnten von den 22 Kindern nur 5 als frei von Tuberculose betrachtet werden und doch erfreuten sie sich alle anscheinend der besten Gesundheit. Das entfernte lymphatische Gewebe zeigte niemals Zeichen von Tuberculose. Auch bei Kindern mit offenbarer Tuberculose blieb die Impfung von Meerschweinchen mit jenen entstammendem Mandelgewebe negativ. Verf. kommt zu dem Schluss, dass das lymphatische Gewebe nicht als Eingangspforte für Tuberculose dient.

LEFFERTS.

65) **Lee M. Hurd** und **Jonathan Wright. Die klinische Diagnose der Mandeltuberculose. (The clinical diagnosis of tuberculosis of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 26. Juni 1909.*

Verf. sagt, dass die Tonsillen mit Anzeichen von Tuberculose gewöhnlich blass seien, dass die Krypten käsigen Detritus enthalten, der Rand des vorderen Gaumenbogens geröthet ist und die benachbarten Lymphdrüsen hart und geschwollen sind. Verf. setzt die Gründe auseinander, warum man sich nicht damit begnügen soll, die meist am Kieferwinkel sitzenden tuberculösen Lymphdrüsen zu entfernen, sondern auch die Tonsillen zu exstirpiren.

In allen hier mitgetheilten Fällen handelte es sich um nicht über die Gaumenbögen vorspringende Mandeln („Submerged tonsils"). Die Tonsillen in Fällen, wo die Drüsen als tuberculös angesehen wurden, erwiesen sich in 9 Fällen von 12 unter dem Mikroskop als tuberculös.

EMIL MAYER.

66) **Menier** (Figeac, Frankreich). **Ueber acute retropharyngeale Abscesse bei Kindern.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 39. 1910.*

M. beobachtete im Verlauf des letzten Winters auffällig oft, nämlich 5 mal, einen acuten Retropharyngealabscess bei Kindern. Er beschreibt kurz das bekannte Krankheitsbild und empfiehlt als einfachste Operationsmethode den Einschnitt mit dem Messer bei sitzender Stellung des Kindes.

Den Einschnitt von Anfang an 2—3 cm lang zu machen, halten wir wegen der Aspirationsgefahr für gewagt; vorsichtiger ist zunächst ein ganz kleiner Einschnitt oder vor der Incision Versuch der Aspiration mit Spritze. Referent sah bei 2jährigem heruntergekommenen Kinde bei kleiner Incision aber doch plötzlich reichlichem Eiteraustritt sofortige Erstickung eintreten; ein weiterer ganz analoger Fall wurde ihm durch einen hiesigen Collegen mitgetheilt. Bei der Section fanden sich Trachea und Lungen ohne eitrigen Inhalt. Der Einschnitt war in dem einen

Falle am hängenden Kopfe, bei dem anderen Kinde in sitzender Stellung des Patienten vorgenommen worden. OPPIKOFER.

d. Diphtherie und Croup.

67) **Lade** (Düsseldorf). **Ueber Diphtherie als Complication von Masern.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 53. 1910.*

Auf Grund seiner Untersuchungen hat Verf. den Eindruck gewonnen, dass „latente Diphtherie" unter dem Einfluss der Masernaffection zu einer „manifesten" werden kann. Die meisten Masernkranken, bei denen nach dem Vorhandensein von Diphtheriebacillen gesucht wurde, erwiesen sich nicht als Diphtheriebacillenträger, sondern es wiesen auch alle Masernkranke, bei welchen Diphtheriebacillen nachgewiesen wurden, auch eine lokalisirte oder allgemeinere diphtheritische Affection auf. SEIFERT.

68) **Wuttke. Klinische und bakteriologische Studie über 41 Diphtheriefälle. (A clinical and bacteriological study of 41 consecutive cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 18. September 1909.*

Unter den 41 Fällen hatten 13 die charakteristischen Pseudomembranen; 21 wiesen niemals diese Membranen auf. EMIL MAYER

69) **J. D. Rolleston. Das Babinski'sche Zeichen bei Diphtherie. (Babinski's sign in diphtheria.)** *Review of Neurology and Psychiatry. Juli 1910.*

Die Untersuchungen wurden an 877 Fällen angestellt; in 172 (19,6 pCt.) fand sich das Babinski'sche Zeichen. Es fand sich nicht nur bei Kindern, sondern auch — freilich mit abnehmender Häufigkeit und Dauer — besonders nach dem 8. Lebensjahr bis in das erwachsene Alter. Es ist besonders ein Phänomen des acuten Stadiums. Der Umstand, dass es bei Diphtherie häufiger ist, als bei nicht diphtheritischer Angina verleiht ihm einen gewissen diagnostischen Werth. Es ist häufiger und persistenter in schweren, als in leichten Fällen, so dass sein Nachweis auch einen prognostischen Werth hat. Es beruht vielleicht auf einer transitorischen Störung im Pyramidensystem durch circulirende Toxine.

WATSON WILLIAMS.

70) **Gilletti. Ueble Folgezustände nach Diphtherieserum, besonders bei Asthmatikern. (Untoward results from diphtheria anti-toxin with special reference to its relation to asthma.)** *The therap. Gazette. 15. März 1909.*

Verf. warnt davor, Diphtherieserum anzuwenden bei Asthmatikern, Leuten, die an Heuschnupfen oder Coryza vasomotoria leiden, Neurasthenikern und Patienten, die angioneurotisches Oedem bekommen. EMIL MAYER.

71) **J. Gibb Wishart. Hartnäckige Kehlkopfstenose nach Diphtherie. Bericht über zwei Fälle. (Obstinate stenosis of the larynx following diphtheria. Report of two cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juli 1910.*

Die Tube wurde im ersten Fall erst nach 231 Tagen entfernt, ohne dass ein

befriedigendes Resultat erzielt war; im zweiten Fall starb das Kind nach 11 Monate langer Behandlung, als gerade eine Besserung einzutreten schien.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Die Appendix ventriculi Morgagni (Tonsilla laryngis.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 447.*

Verf. giebt einen historischen Ueberblick und eigene histologische Untersuchungen. Er charakterisirt die Appendix ventriculi Morgagni als eine von dem Ventriculus Morgagni ausgehende, in adenoiden Charakter tragendes Bindegewebe hinein sich senkende, mit mehrschichtigem, flimmerndem Cylinderepithel ausgekleidete Tasche von verschiedener Länge und Gestalt, die ihrerseits mehr oder weniger starke Seitenarme von ebenfalls verschiedener Länge und Gestalt nach den verschiedensten Richtungen aussendet, die ebenfalls von adenoidem Gewebe umgeben sind. Das Epithel der Haupthöhle, sowie die von dieser ausgehenden Seitenarme zeigen stellenweise eine geringe, an anderen Stellen eine erheblichere Durchsetzung mit aus dem adenoiden Gewebe der Umgebung stammenden lymphatischen Elementen. In die Haupthöhle, sowie in die erwähnten Nebenhöhlen münden zahlreiche, von acinösen Drüsen der Umgebung des Organs herrührende Drüsenausführungsgänge.

In der Appendix haben wir somit eine von der Tiefe des Ventriculus Morgagni ausgehende Tonsille, der die Bezeichnung „Tonsilla laryngis“ zuzusprechen ist, vor uns; diese hat die Aufgabe, eine Flüssigkeit zum Geschmeidigmachen der Stimmlippen abzusondern.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

73) **D. v. Navratil** (Budapest). **Anastomose des N. laryngeus superior mit dem R. descendens N. hypoglossi mittelst Nervennaht nach Foramitti.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1910.*

Eine vorläufige Mittheilung, in welcher der Verf. seine Prioritätsrechte wahren will, da bis jetzt „niemand auf diesen naheliegenden Gedanken gekommen ist“. Er hat zu diesem Zwecke bei Hunden von $3^1/_2$ Monaten die Nervennaht gemacht. Ein Hund ist vor kurzer Zeit verendet und die histologische Untersuchung hat nachgewiesen, dass eine Vereinigung zwischen den Nervenenden stattgefunden hat. „An einzelnen Stellen waren auch neurofibrillenartige Gebilde sichtbar“.

POLYAK.

74) **Massei** (Neapel). **Die Sensibilitätsstörungen des Larynx und die Anästhesie des Vestibulum bei der Recurrenslähmung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 43. 1910.*

In der gegen Iwanoff gerichteten Arbeit vertritt Verf. den Standpunkt, dass der Widerspruch zwischen Anhängern und Gegnern des Hustenreflexausfalles bei Compressionslähmung des Recurrens zu erklären ist durch das verschiedene Vorgehen bei der Prüfung der Sensibilität. Bei Anwendung geringer Reize (einfaches Kitzeln des Vestibulums) entsteht der Husten, bei stärkerem Reiz der Krampf. Bei

der Recurrenslähmung ist die Reflexsensibilität, d. h. die feinste Empfindlichkeit, abgestumpft, während die grössere allgemeine Sensibilität erhalten bleibt.

OPPIKOFER.

75) **d'Epine** (Genève). **Tetanie der Hände und Füsse mit Laryngospasmus. (Tétanie des mains et des pieds avec spasme laryngé.)** *Revue méd. de la Suisse romande. 1910.*

Die Tracheotomie wurde an dem Kinde mit Erfolg für die ganze Krankheit durchgeführt. Eine Ursache derselben ist nicht aufzufinden gewesen.

JONQUIÈRE.

76) **D. Bryson Delavan. Aetiologie der Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs. (The etiology of paralysis of the recurrent laryngeal nerves of peripheral origin.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal, 11. Mai 1908.

EMIL MAYER.

77) **Lemaitre** und **Simonin. Prognose der palato-laryngealen Lähmungen.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 3.*

Ebenso wie die Recurrensparalyse dreifacher Art sein kann, nämlich unheilbar und schwer, weil zum Tode führend, oder unheilbar, jedoch ohne Schädigung der Gesundheit und Jahre lang bestehend ohne Wechsel, oder gutartig, weil vollkommen heilbar, kann man den verschiedenen combinirten Recurrenslähmungen, die verschiedene Namen führen, wie Symptom von Avellis, Schmidt, Jackson, ebenfalls eine dreifache Prognose stellen. In der grossen Mehrzahl der Fälle haben diese combinirten Recurrenslähmungen schon wegen der Krankheit, der sie ihre Entstehung verdanken, eine üble Prognose. Doch kennt man 3 Fälle aus der französischen Literatur, die zur Ausheilung gekommen sind. Unsere Autoren fügen diesen Fällen noch zwei Fälle von Gaumen-Kehlkopflähmung hinzu, die ebenfalls unter antisyphilitischer Cur ausgeheilt sind. Man kann diese Fälle in Analogie bringen mit den vorübergehenden Augenmuskellähmungen, die im Prodromalstadium der Tabes etwas häufiger sind.

LAUTMANN.

78) **R. H. J. Browne. Ein Fall von tertiärer Syphilis tödtlich verlaufend durch plötzlichen Tod infolge Abductorlähmung. (A case of tertiary syphilis terminating in sudden death from abducter paralysis.)** *Lancet. 6. November 1909.*

Aus dem Bericht geht nicht deutlich hervor, ob es sich um eine wirkliche Lähmung der Stimmbänder handelte, denn bei der Autopsie fand sich eine Verengung der Trachea ungefähr 7 cm unterhalb des Larynx, wo eine ringförmige Strictur bestand.

WATSON WILLIAMS.

79) **George J. Ross. Kehlkopflähmung als Frühindication für Allgemeinerkrankungen. (Laryngeal paralysis as early indication of systemic disease.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Bericht über 3 Fälle:

1. 50jähr. Mann mit Recurrenslähmung; 6 Monate später deutliche Symptome von Tabes.

2. 40jähr. Mann mit einseitiger Abductorlähmung.

3. 37jähr. Mann mit doppelseitiger Abductorlähmung; in 4 Monaten typische Symptome von Ataxie. EMIL MAYER.

80) **J. Shelton Horsley. Naht des N. recurrens nebst Bericht über einen Fall. (Suture of the recurrent laryngeal nerve with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 22. Januar 1910.*

Bericht über einen Fall, in welchem der linke N. recurrens durch eine Schusswunde verletzt war; der Fall kam ca. 3 Monate nach der Verletzung in Behandlung. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass sämmtliche vom linken Recurrens versorgten Muskeln gelähmt waren. Es wurde eine Incision längs des vorderen Randes des M. sternocleidomastoideus gemacht und der Nerv mit Leichtigkeit in der Rinne zwischen Trachea und Oesophagus aufgefunden. Die verletzte Partie des Nerven wurde excidirt mit Ausnahme einer dünnen Faser, die am hinteren Theil der Nervenscheide hielt. Die Nervenenden wurden mit einer feinen Catgutnaht vereinigt. Ueber den genähten Nerven wurde etwas Muskelgewebe gezogen. Die Wunde heilte per primam und Pat. wurde nach 9 Tagen entlassen, ohne dass eine Besserung seiner Stimme zu constatiren war. Die Besserung ging aber allmählich vor sich. Eine 2 Monate nach der Operation vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigte eine Besserung und eine 15 Monate später vorgenommene eine vollständige Wiederherstellung. EMIL MAYER.

81) **Morris Manger. Recurrenslähmung infolge Herzhypertrophie. (Recurrent laryngeal paralysis due to hypertrophied heart.)** *N. Y. Medical Record. 5. März 1910.*

Es handelte sich um einen 15jähr. Knaben, bei dem in den letzten 2 Jahren sich Anzeichen von Compensationsstörung bemerkbar gemacht hatten. Es handelte sich um eine colossale Herzvergrösserung mit doppeltem Aortengeräusch, Mitralgeräusch, accentuirtem zweiten Pulmonalton, Vergrösserung und Pulsation der Leber. Es bestand eine linksseitige Recurrenslähmung infolge Compression des Nerven zwischen Aorta und dem dilatirten linken Herzohr. Der Fall zeigt, wie leicht bei diesen Zuständen ein Aneurysma vorgetäuscht werden kann, besonders wenn eine Pulsation im zweiten und dritten Intercostalraum besteht, wie es hier der Fall war. EMIL MAYER.

82) **Canalejo. Behandlung der Kehlkopfpapillome mittels directer Killian'scher Methode bei Kindern unter einem Jahr. (Tratamiento da los papilomas laryngeos por el metodo directo de Killian en los ninos menores de un ano.)** *Siglo Medico. 3. October 1909.*

Verf. verwirft die Thyreotomie und spricht sich zu Gunsten der Operation per vias naturales auf directem Wege aus. TAPIA.

83) **Richard H. Johnston. Directe Laryngoskopie bei der Diagnose und Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Direct Laryngoscopy in the diagnosis and treatment of papillomata of the larynx.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Verf. berichtet über zwei Fälle; er discutirt ausführlich darüber, welche Po-

sition für die directe Untersuchung der Kinder die beste sei: Extensions- oder Flexionsstellung und gelangt zu dem Ergebniss, dass die letztere für die Untersuchung des kindlichen Kehlkopfs bei weitem vorzuziehen sei. In zwei so untersuchten Fällen von Kehlkopfstenose konnte constatirt werden, dass die Erkrankung vorn sass und dass hinten Platz genug war, um kleine Intubationsrohre einzuführen.

EMIL MAYER.

84) **Don Mansfeld** (Libau). **Ueber Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes nebst Mittheilung eines Falles von Chondroma myxomatodes.** (Aus der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr.). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 508.*

Fortsetzung der bis zum Jahre 1899 reichenden Statistik Alexander's.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

85) **Walter C. Chappell. Frühdiagnose maligner Kehlkopfkrankheit. (Early diagnosis of malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. October 1909.*

Die mitgetheilten Fälle sind instructiv und interessant. Verf. hält in zweifelhaften Fällen eventuell die probatorische Laryngotomie für gerechtfertigt. Ist der Patient über 55 Jahre alt, so räth Verf. nicht zur Radicaloperation, selbst wenn es sich um ein Frühstadium von Cancer exstrinsèque handelt. Die Totalexstirpation muss auf ganz bestimmte Fälle beschränkt bleiben; die partielle Laryngectomie leistet mehr für den Patienten.

LEFFERTS.

86) **George E. Brewer. Die operative Behandlung des Kehlkopfkrebses. (The operative treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Surgery. November 1909.*

Verf. verfügt über 11 Fälle von Totalexstirpation. Von diesen starben 5 an den Folgen der Operation; 6 genasen. Von diesen letzteren lebt einer noch 10 Jahre nach der Operation und ist gesund, einer nach 3 und einer nach $2^1/_2$ Jahren; einer starb kurze Zeit nach der Operation an Pneumonie, bei einem trat 3 Monate nachher ein Recidiv auf und einer wurde aus dem Auge verloren. In den letzten 4 Fällen der Serie wurde 10 Tage vor der Operation die Tracheotomie gemacht und diesem Verfahren schreibt Verf. den günstigen Verlauf dieser Fälle zu.

EMIL MAYER.

87) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfcarcinom, seit 13 Jahren unter Beobachtung; schliessliche Laryngectomie. (A case of laryngeal carcinoma under observation for thirteen years. Ultimate laryngectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association Boston, Juni 1909.

EMIL MAYER.

88) **Pauchet** (Amiens). **Totale Laryngectomie. (Laryngectomie totale.)** *Archives provinciales de Chirurgie. April 1910.*

Verf. schlägt vor, die Ausräumung der Drüsen 14 Tage vor der Operation zu machen. Er macht die vorhergehende Tracheotomie nur, wenn Erstickung droht.

Er betont, dass es wichtig sei, die Pharynxwand sorgfältig in zwei Etagen zu nähen, da sonst eine Fistel entsteht.

Seine Statistik umfasst 5 Fälle: 2 Sarkome ohne Recidive in 4 und 7 Jahren und 3 Carcinome, von denen 2 recidivirt sind.

GONTIER de la ROCHE.

89) **J. Dollinger** (Budapest). **Totalexstirpation des carcinomatösen Kehlkopfes und Kehldeckels mit primärer Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1910.*

Die Operation wurde in localer Anaesthesie ausgeführt. Die Epiglottis war in eine kleinapfelgrosse Geschwulst umgewandelt, der Tumor endete vor dem Ringknorpel. Die Wunde der Speiseröhre wurde sofort vernäht. Verf. ist nicht für die Anwendung eines Dauerschlauches in der Speiseröhre, da derselbe Decubitus verursachen kann.

POLYAK.

90) **Ed. Aronsohn** (Ems-Nizza). **Günstige Beeinflussung eines Kehlkopfkrebses durch Anwendung von Antimeristem.** *Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. 9. Heft 2.*

74jähriger Patient, dessen Carcinom von Burger und 2 anderen Specialärzten im Haag festgestellt war, bei dem die partielle Exstirpation wegen zu hohen Alters vom Hausarzt verweigert worden war, wurde zunächst „ut aliquid fiat" mit Injectionen von Schmidt's Serum Antimeristem behandelt. Zunächst Zunahme der Secretion, sodass A. schon daran dachte, die Behandlung aufzugeben. Nach weiteren Injectionen jedoch Schwinden der Secretion, der vorher vorhandenen Schluckbeschwerden und Verbesserung des Allgemeinbefindens, wesentliche Besserung auch des laryngoskopischen Befundes. Die rechte Larynxhälfte war zunächst nur eine rothe Geschwulstmasse, erst in der dritten oder vierten Behandlungswoche war die Abschwellung soweit zurückgegangen, dass auch der mediale Rand des rechten Stimmbandes sichtbar wurde. Nach der 5. Woche blieb nur das rechte Arytaenoidalgelenk unbeweglich, das linke Stimmband ging über die Mittellinie hinaus, um sich an das rechte, nunmehr ganz frei liegende Stimmband anzulegen. Patient verliess Ems „glücklich über seine wiedererlangte Gesundheit".

Aus dieser Erfahrung und aus den Schmidt'schen Mittheilungen schliesst A., dass das Antimeristem unter Innehaltung aller Cautelen und bei längerer Anwendung in vielen Fällen von krebsartigen Wucherungen und Recidiven ausgezeichnete Dienste leisten kann.

SALZBURG.

f. Schilddrüse.

91) **Michalowicz. Die Glandulae parathyreoideae. (Gineroly przytarczowe.)** *Nowiny Lekarskie. No. 6. 1910.*

Ein Sammelreferat, in dem der Ref. den jetzigen Standpunkt der in Betracht kommenden Frage ausführlich auseinandersetzt.

A. v. SOKOLOWSKI.

92) **H. John King. Der Einfluss der Schilddrüse auf den Kohlenhydratstoffwechsel. (The influence of the thyroid on carbo-hydrate-metabolism.)** *The Journal of Experimental medicine. September 1909.*

1. Die Schilddrüse übt eine retardirende Wirkung auf den Kohlehydrat zerstörenden Mechanismus des Körpers.

2. Die retardirende Wirkung ändert sich nicht, wenn die Drüse gereizt wird, ein Zeichen, dass es sich nicht um eine Fermentwirkung handelt.

3. Jodothyrin, das active Princip der Drüse, übt diese retardirende Wirkung in ausgesprochenerer Weise aus, als die ganze Schilddrüse. EMIL MAYER.

93) **Frank P. Underhill** und **Waren W. Helditsch. Ueber Kohlehydratstoffwechsel in Beziehung zur völligen Entfernung der Schilddrüse und eines Theils der Parathyroiddrüsen. (Certain aspects of carbohydrate metabolism in reference to the complete removal of the thyroids and partial parathyroidectomy.)** *The American Journal of Physiology. 1. October 1909.*

Wenn Thyreodectomie und partielle Parathyroidectomie bei Hunden gemacht wird, so ist das Verbleiben von mindestens zwei intacten Parathyroiddrüsen nothwendig, um Leben und Gesundheit zu erhalten. Entgegen den bei der Thyreoparathyreodectomie erzielten Resultaten hat obiger Eingriff keine Herabminderung der subcutan einverleibten Dextrose zur Folge. EMIL MAYER.

94) **Ralph H. Major. Studien über das Gefässsystem der Schilddrüse. (Studies of the vascular system of the thyroid gland.)** *The American Journal of Anatomy. September 1909.*

Es ist interessant, dass die Schilddrüse mit ihren Follikelarterien und -Venen gewissermaassen Aehnlichkeit hat mit der Niere und deren Glomeruli und Vasa efferentia und afferentia. EMIL MAYER.

95) **George F. Suker. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin. September 1909.*

Verf. beschreibt ein neues Symptom: Während der Augapfel nach unten rotirt und das untere Lid sanft fixirt wird, fordert man den Patienten auf, den Augapfel schnell nach oben zu rotiren, wobei das untere Lid sanft zurückgehalten wird; der Augapfel steigt nun ruckweise, sehr ähnlich so, wie es das obere Lid bei dem Graefe'schen Zeichen thut. Es ist besonders ausgesprochen beim Exophthalmus, ist aber genau so variabel, wie alle andern Symptome. EMIL MAYER.

96) **A. Ochsner. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Wenn die Fälle so weit vorgeschritten sind, dass die Function des Herzmuskels und des Nervensystems sehr in Mitleidenschaft gezogen ist, dann hat die chirurgische Behandlung wenig Erfolg mehr. LEFFERTS.

97) **Geo W. Crile. Postoperative Resultate bei Morbus Basedow und Tumoren. (Postoperative results in exophthalmic goiter and tumors.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Der Bericht des Verf.'s basirt auf einer Gesammtsumme von 278 Schilddrüsenoperationen. Er hat 15mal maligne Tumoren operirt, die alle — entweder an den Folgen der Operation oder an Recidiven — starben.

Seine Beobachtungen über 72 operirte Basedowfälle überzeugen ihn von der Unmöglichkeit, eine statistische tabellarische Uebersicht zu geben, aus der die klinischen Resultate klar hervorgehen. Je länger die Erkrankung bestand, desto

grösser sind die organischen Veränderungen und desto langsamer vollzieht sich infolge dessen die Reconvalescenz; haben die Organveränderungen einen gewissen Grad erreicht, so steigert sich das Risiko der Operation, ja diese wird unmöglich.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

98) **Henry H. Janeway** und **Nathan W. Green. Experimentelle intrathoracale Speiseröhrenchirurgie. (Experimental intrathoracic oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Verff. haben an 69 Hunden unter Chloroform- und Aethernarkose operirt, und zwar haben sie die Gastrooesophagealanastomose ohne und mit Resection eines Theils von Oesophagus und Magen ausgeführt. Die Technik der Operationen wird ausführlich beschrieben. Verff. kommen zu dem Schluss, dass ihre Experimente darthun, dass Geschwindigkeit, absolute Asepsis und sorgfältiges Bestreben, das Trauma möglichst gering zu gestalten, für den Erfolg der intrathoracalen Chirurgie massgebend sind. Um diesen Bedingungen zu genügen, haben Verff. es zweckmässig gefunden, für die Anastomose einen Knopf zu verwenden; die damit erzielten Resultate waren besser als bei der Naht.

LEFFERTS.

99) **Norman Philip Geis. Spastische Strictur der Speiseröhre. (Spasmodic strictura of the esophagus.)** *Archives of Pediatrics. October 1909.*

Es handelt sich um einen ein einjähriges Kind betreffenden Fall; nach Fütterung mit Bismuth. subcarbon. wurde eine Röntgenaufnahme gemacht; die Platten ergaben das Vorhandensein der Strictur. Das Kind genas unter kleinen Dosen von Codein und später von Belladonna.

EMIL MAYER.

100) **George W. Rose. Fall von traumatischer Speiseröhrenstrictur bei einem 2 Jahre alten Kind. (Case of traumatic oesophageal stracture in a two year old child.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Es handelte sich um eine Laugenverätzung; Heilung durch allmähliche Dilatation mittels Bougies.

EMIL MAYER.

101) **Galvin. Ueber die Aetiologie und Behandlung des Speiseröhrenkrebses. (Considérations sur l'étiologie et le traitement du cancer de l'oesophage.)** *Dissert. Lyon 1909.*

G. glaubt, dass bei der Aetiologie des Krebses die Sarkosporidien eine Rolle spielen.

OPPIKOFER.

102) **Kölliker** (Leipzig). **Skoliose und Spondylitis in ihrem Verhältniss zur Speiseröhre und zur Oesophagoskopie.** *Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie. Bd. XXV. 1910*

Bei Skoliose ist der Verlauf des Oesophagus meist ein geradliniger, bei spondylitischer Verkrümmung der Wirbelsäule kann die Speiseröhre entsprechend dem Gibbus abgeknickt sein, oder die hintere Wand wird divertikelartig ausgezogen. Durch Abscesse kann der Oesophagus seitlich verschoben werden.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

(Fortsetzung und Schluss.)*)

Sitzung V.

Hajek: Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.

Es muss vor allem zwischen acuten und chronischen Erkrankungen unterschieden werden. Die Grenze ist keine absolute, da schwere acute Erkrankungen mitunter radicale Eingriffe erfordern. Für die acuten Erkrankungen genügt in der Mehrzahl der Fälle: Bettruhe, Aspirinbehandlung, Kopflichtbad nach Brünings, das Cocainisiren der Ostiummündungen, positiver und negativer Luftdruck mittels des Politzer'schen Ballons, ferner das Sondermann'sche Saugverfahren. Die Behandlung der chronischen Empyeme wird für jede Nebenhöhle gesondert betrachtet. I. Kieferhöhle. Es kommen in Betracht: 1. Systematische Ausspülung vom Ostium maxillare und mittels der Probepunction durch den unteren und mittleren Nasengang. 2. Die Cowper'sche Operation durch die Zahnalveole bei Empyemen ausgesprochen dentalen Ursprungs. 3. Die modificirte Mikulicz'sche Operation in der Mehrzahl der chronischen, nicht schweren Kieferhöhlenempyeme. 4. Die Luc-Caldwell'sche Radicaloperation in ihren verschiedenen Modificationen bei schweren Kieferhöhlenempyemen. II. Stirnhöhle. Bei acuten Fällen zumeist nur Allgemeinbehandlung. Bei chronischen Fällen müssen Fälle mit vorhandener oder drohender Complication von solchen, wo keine Complication vorliegt, unterschieden werden. Für letztere Fälle ist die endonasale Behandlung zumeist genügend, für erstere kommen die Radicaloperationen in Betracht. Die endonasale Methode besteht in der hohen Resection der mittleren Muschel und Ausräumung der Hypertrophien und Polypen aus dem mittleren Nasengange. Die Radicaloperationen werden in ihrer Entwickelung von der einfachen Trepanation bis zur Radicaloperation Riedel's und der Killian'schen Methode dargestellt, ihre Indicationsstellung präcisirt und die operativen Todesfälle einer eingehenden Kritik unterzogen. III. Siebbeinlabyrinth. In acuten Fällen zumeist Allgemeinbehandlung genügend. In chronischen uncomplicirten Fällen zumeist die endonasale Behandlung mittels Schlinge, Haken und Curette angezeigt. In schweren Fällen ist die Radicaloperation angezeigt. Es kommen hierbei in Betracht: 1. Der Weg nach Resection des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkiefers, als Theiloperation der Killian'schen Stirnhöhlenoperation. 2. Der Weg von der Kieferhöhle aus nach Jansen und Furet. Bei Erkrankung des grössten Theiles des knöchernen Rahmens ist die Ethmoidectomie nach Guisez angezeigt. IV. Keil-

*) Cfr. Centralblatt 1909. S. 546; 1910. S. 102. (Die Verhandlungen der Section sind vor einiger Zeit im Druck erschienen. Sie bilden für die Congresstheilnehmer ein schönes Andenken an die Budapester Tage und stellen eine werthvolle Bereicherung der laryngologischen Literatur dar. Nur schade, dass ihr Werth durch die geradezu massenhaften den Sinn entstellenden Druckfehler beeinträchtigt wird! Red.)

beinhöhle. Bei acuter Erkrankung genügt auch hier zumeist die Allgemeinbehandlung, nur selten ist die Resection des hinteren Endes der mittleren Muschel angezeigt. Bei chronischer Entzündung genügt in leichten Fällen die Ausspülung der Keilbeinhöhle mit nachfolgender Lapisinjection. Bei enger Oeffnung muss diese erweitert werden. In schweren Fällen ist des Autors endonasale Methode mit Entfernung des hinteren Siebbeinlabyrinthes und Entfernung des grössten Theiles der Vorderwand der Keilbeinhöhle angezeigt. Die äussere chirurgische Radicaloperation der Keilbeinhöhle kommt nur bei schweren, combinirten Keilbeinhöhlenempyemen in Betracht.

Onodi (Budapest): Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.

O. bespricht auf Grund seiner Untersuchungen die einzelnen cerebralen Knochenwände der Nebenhöhlen, ihre Dicke und Stärke, ihr Verhältniss zur Schädelhöhle und zu den einzelnen Theilen des Gehirns und zu den einzelnen Gehirnnerven, ferner die Dehiscenzen dieser cerebralen Knochenwände, schliesslich die Verbindungen der Venenstämme und Venennetze zwischen Nebenhöhlen und Gehirnhäuten, welche die directe und indirecte Infection des Schädelinhaltes und die Entstehung der Sinusthrombosen erklären.

O. ergänzt die Gerber'sche Statistik der intracraniellen Complicationen bei Stirnhöhlenerkrankung noch durch 3 Fälle von Gehirnabscess und einen Fall von Meningitis serosa. Zu den von Gerber zusammengestellten 7 Fällen von operativ geheiltem Gehirnabscess fügt O. einen achten. Zu der Dreyfuss'schen Statistik der Siebbeincomplicationen fügt O. noch einen Fall von Gehirnabscess.

W. Freudenthal (New York): Endocraniale Complicationen nasalen Ursprungs.

F. bespricht die idiopathisch von der Nase aus entstehenden und die postoperativen Gehirncomplicationen und berichtet über Fälle eigener Beobachtung:

Fall I. Acutes Stirnhöhlenempyem; Eiterretention; Usur der hinteren Stirnhöhlenwand. Bei Eröffnung der sich in die Stirnhöhle vorwölbenden Dura reichliche Entleerung von Eiter. Exitus. (Bereits in Amerika publicirt.)

Fall II. Bei einer Sinusitis frontalis nach Influenza hatte sich ein extraduraler Abscess gebildet. Eröffnung desselben. In den nächsten Tagen Fieber, Kopfschmerz, Apathie. Wiedereröffnung der Wunde. Dura wölbt sich vor; Incision ergiebt Eiter. Heilung.

Fall III. Acutes Empyem des Sinus sphenoidalis. Uebergreifen auf die anderen Nebenhöhlen und Abscess des Schläfenlappens (und des Stirnlappens?).

Fall IV. Regionäre Metastase vom Sinus frontalis (und sphenoidalis?).

Ferner berichtet F. einen Fall, in dem Pat. nach Stirnhöhlenoperation an einer Meningitis zu Grunde ging, von der aber nicht ganz sicher ist, ob sie durch die Operation hervorgerufen wurde oder ob die Infection schon früher erfolgt war.

Fletcher Ingals (Chicago): Intranasale Drainage der Stirnhöhle.

I. beschreibt seine bereits an anderen Stellen publicirte Methode der endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle. Er hält auf Grund seiner Erfahrungen an über

30 Fällen die Methode sicherer, als alle anderen Operationen; sie sei in 95 pCt. aller Fälle anwendbar und 95 pCt. der operirten Fälle werden im Zeitraum von 2 Wochen bis 6 Monaten geheilt.

Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

Demonstrirt einen Mann, der vor 16 Monaten unter heftigen Stirnhöhlenerscheinungen erkrankte und der nach Resection der mittleren Muschel lernte, sich die Stirnhöhle selbst auszuspülen und sich seitdem wohl befindet.

Discussion:

Paunz (Budapest) sah zweimal cerebrale Complicationen, einmal bei Siebbeinzelleneiterung, einmal bei Kieferhöhlen-, Siebbeinhöhlen- und Stirnhöhleneiterung. In beiden Fällen trat trotz Operation infolge Hirnabscesses des Frontallappens und Meningitis der Tod ein.

Joachim (New Orleans) berichtet über einen Fall von metastatischem Hirnabscess bei Stirnhöhlenempyem; der Abscess war von der Stirnhöhle 4—5 cm entfernt und es bestand keinerlei sichtbare Communication zwischen ihnen.

Tóvölgyi (Budapest) hat in einem Fall von Stirnhöhlenempyem, wo bereits cerebrale Complicationen bestanden, durch conservative Behandlung — Amputation beider mittlerer Muscheln — noch Heilung erzielt.

Jansen (Berlin): 1. Die endonasalen Operationsmethoden sollen in den dafür geeigneten Fällen angewandt und ausgebaut werden. 2. Soll man nicht bei jedem Eitertropfen im Infundibulum das Gespenst der Meningitis sehen. Anderer Ansicht bin ich dagegen in folgenden Punkten: 1. Ich vermisse unter den Kieferhöhlenoperationen die Anführung der Eröffnung vom Introitus narium, die ich für eine sehr gute Methode halte. Ich habe ca. 150 Operationen ausgeführt nach dieser Methode. Nicht einverstanden bin ich mit den Formeln der Indication bei den chronischen Eiterungen. Ich fasse sie schärfer. Es giebt anerkannte Indicationen, z. B. sobald eine Retention besteht oder schwere Eiterungen überhaupt, und es ist nicht zu warten, bis orbitale oder cerebrale Complicationen ausgebrochen sind oder drohen. Ferner bei schwerem Asthma im Gefolge von Stirnhöhleneiterungen. Hajek stellt ein neues Krankheitsbild auf, die postoperative Meningitis. Wir können bei Stirnhöhlenoperation die Meningitis sicher vermeiden, jedenfalls viel sicherer als bei endonasalen Eingriffen.

Ferner lege ich Werth darauf zu betonen, das Siebbein vollständig zu entfernen. Ich möchte noch betonen, dass ich seit 15 Jahren das Verfahren ausgebildet habe, von einer Oeffnung aus sämmtliche Nebenhöhlen zu eröffnen; am bekanntesten ist meine Methode von der Kieferhöhle aus.

In den 20 Jahren meiner operativen Thätigkeit habe ich 900 Stirnhöhlenoperationen ausgeführt.

Láng (Budapest): Von drei Fällen von Sinusitis frontalis abscendens starb einer unter schweren Cerebralerscheinungen, zwei wurden durch Radicaloperation geheilt.

Réthi (Wien) war mit den Erfolgen der Luc-Caldwell'schen Operation nicht zufrieden; er verfügt über eine Reihe von Fällen, in denen die weiterbestehende

Eiterung nach Anlegung einer grossen über dem unteren und mittleren Nasengang angelegten Oeffnung, wie sie von ihm angegeben wurde, definitiv geheilt wurden.

In Bezug auf die Stirnhöhlen geht R. — abgesehen von drohenden Complicationen — conservativ vor.

Uchermann (Christiania) erklärt sich im Ganzen mit Hajek einverstanden, vielleicht sei er noch conservativer als dieser.

Dundas Grant (London) empfiehlt Bougies von verschiedener Stärke, die wie die Hartmann'schen Canülen für den Ductus nasofrontalis gekrümmt sind und nach vorhergehender Entfernung eventueller Polypen, Granulationen etc. angewendet werden. Kopfschmerzen werden oft sofort beseitigt, besonders wenn der Patient einen negativen „Valsalva" macht; unter günstigen Umständen kann sich der Patient auch selbst die Stirnhöhle ausspülen.

Als beste Radicaloperation betrachtet G. die Killian'sche; während er bis dahin keinerlei fatale Complicationen danach beobachtet hatte, brachte ihm das letzte Jahr deren zwei. In beiden Fällen trat der Tod infolge Meningitis ein, und zwar geschah die Infection in dem einen durch die Venen, in dem anderen durch die Lymphwege.

Finder (Berlin) schliesst sich der Empfehlung der Sturmann'schen Operation an, die ihm in einigen Fällen gute Resultate gegeben hat und eine glückliche Combination zwischen dem sehr eingreifenden Denker'schen Verfahren und der Eröffnung vom unteren Nasengang aus darstellt. Er warnt vor allen Methoden, die das Tragen einer Prothese nothwendig machen; er hat zahlreiche von anderer Seite operirte Fälle gesehen, wo die Eiterung erst sistirte, als er die Prothese fortnehmen liess.

Marschick (Wien) berichtet über zwei Hirnabscesse aus der Klinik Chiari's, deren einer mit Meningitis, nach Killian'scher Operation; nach Aussage der pathologischen Anatomen bestanden beide schon früher, sind also nicht der Operation zur Last zu legen. Ferner wurden auf der Chiari'schen Klinik 6 Fälle von Defect der hinteren Stirnhöhlenwand beobachtet.

Onodi (Budapest): Es ist zu wünschen, wie es Hajek mit seinen zwei veröffentlichten Fällen gethan hat, dass jeder College die Fälle von postoperativer Meningitis veröffentliche. In der heutigen Debatte kam es zum richtigen Ausdruck, und dies will er auch betonen, dass das Hauptgewicht auf die reelle Indicationsstellung gelegt werde. Gleichzeitig betont er, dass jeder gegebene Fall, welcher zur Section gelangt, genau pathologisch untersucht werde, damit die Lehre der Pathogenese der intracraniellen und cerebralen Complication endlich aufgebaut werden könne.

Killian (Freiburg): Durch die Allgemeinbehandlung mit schmerzstillenden und secretverflüssigenden Medicamenten, Schwitzproceduren (Brünings'sches Kopflichtbad), locale Application Abschwellung bedingender Substanzen, Ausspülungen, Absaugen, lässt sich viel erreichen. Auch die Fälle mit äusseren Schwellungen, drohender Abscedirung und selbst leichteren cerebralen Symptomen sind manchmal solcher Therapie noch zugänglich.

Auch die hartnäckigen und verschleppten acuten Fälle sind nach denselben

Grundsätzen zu behandeln. Manchmal sind intranasale Eingriffe, Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, submucöse Septumresection bei verengter Nase, Anbohrung des Antrum maxillare vom Munde aus, Resection des Processus uncinatus, Eröffnung von Siebbeinzellen nothwendig.

Schwerer ist es, einen chronischen Fall dauernd zu heilen. Hier gilt es vor allem eine genaue, sich auf alle Höhlen beider Seiten sich erstreckende Untersuchung vorzunehmen mit Einschluss der radiographischen. Zugleich ist der allgemeine Körperzustand des Patienten zu prüfen und anderweitigen Erkrankungen Rechnung zu tragen.

Rein conservativ oder mit Zuhülfenahme der intranasalen und kleinen extranasalen operativen Eingriffe wird man vorgehen, wenn noch keine oder noch keine genügende Behandlung stattgefunden hat, sofern nicht besondere Umstände das von vornherein als aussichtslos oder unzureichend erscheinen lassen (Fieber, Schmerz, Schwellung, Abscedirung, Fistelbildung, intracranielle und allgemeine Complicationen). Auf solche Weise wird eine beschränkte Anzahl von Fällen dauernd geheilt. Bei den Erkrankungen der Kieferhöhlen ist diese Zahl grösser, als bei denen anderer Nebenhöhlen und insbesondere des Sinus frontalis. Oft erzielen wir nur Besserung. Andere werden nicht wesentlich beeinflusst. Schliesslich giebt es auch solche, die eine locale oder allgemeine Verschlechterung erfahren.

Durch das ewige Spülen und Saugen auch bei Selbstbehandlung, durch gehäufte, selbst kleine und kleinste intranasale Proceduren und operative Eingriffe werden die Patienten nervös.

Die conservative Behandlung hat also ihre Grenzen.

Behält der Patient seine Beschwerden, so werden wir nach und nach zu einem energischeren Vorgehen geradezu gedrängt. Handelt es sich hauptsächlich um secretorische Störungen, so können uns Bedenken vor einem radicalen Eingriff aufsteigen. Dieser Bedenken werden die schwachmüthig veranlagten Specialisten nicht Herr. Sie kommen zu keinem grossen Entschluss. Es wird immer weiter gesaugt und gespült, so lange der Patient Stand hält und die Angst vor einer vielleicht von anderer Seite angerathenen Operation seine Geduld stärkt.

Bei den Erwägungen über einen Fall, in dem hauptsächlich die Secretion aus den kranken Nebenhöhlen Beschwerden veranlasst, kommt es darauf an, ob die Absonderung eine gleichmässig oder periodische, mässige oder abundante, mehr schleimige oder mehr eitrige ist und welche Höhle oder Höhlen erkrankt sind.

Leichte Fälle dieser Art kann man ruhig sich selbst überlassen.

Macht die Affection dem Patienten mehr zu schaffen, so werden wir uns am leichtesten zu einer Radicaloperation entschliessen, wenn es sich um die Kieferhöhle handelt, sei es, dass sie allein erkrankt ist oder die wesentliche Rolle spielt. Eine solche Operation ist bei der heutigen Technik, in localer Anästhesie nach Caldwell-Luc ausgeführt, kein grosser und kein gefährlicher Eingriff. Bei mässig erkrankten Kieferhöhlen kann es auch genügen, eine breite Verbindung zwischen dem Antrum und der Haupthöhle der Nase anzulegen, um eine Ausheilung herbeizuführen. Aehnlich verhält sich die Keilbeinhöhle.

Kommen die Siebbeinzellen und die Stirnhöhle wesentlich in Betracht, so

wird der Arzt sich um so leichter zur Vornahme meiner Radicaloperation entschliessen, je besser er die Methode beherrscht und je mehr er damit erreicht hat. Unübersehbar ist schon die Zahl der mit meiner Methode allerwärts erzielten Heilungen. Was wollen dagegen die wenigen Unglücksfälle bedeuten, welche durch die Operation herbeigeführt wurden?

Am leichtesten lassen sich die üblen Ausgänge durch Kunstfehler bei der Operation vermeiden. Aus dem Buch allein kann man meine Methode kaum lernen. Man muss seine anatomischen Vorstudien an möglichst vielen Präparaten machen, an der Leiche operiren und unter erfahrener Leitung am Lebenden beginnen.

In einer ganzen Reihe von Todesfällen waren schon vor der Operation intracranielle Processe im Gang und machten keine oder nur geringe, nicht genügend beachtete Erscheinungen. Hoffentlich lernen wir es hier, sobald die bedenkliche Situation klar wird, rasch und kühn eingreifen.

Es bleibt eine Anzahl Todesfälle zu Recht bestehen, welche zweifelsohne durch die tadellos ausgeführte Operation selber herbeigeführt wurden. Hier müssen uns die Verfeinerung unserer klinischen Beobachtung und Erfahrung und genaue Sectionen weiter helfen. Man operire nicht, wenn zu einer chronischen Affection eine acute hinzukam; man operire nicht, wenn man durch intranasale Eingriffe einen acuten Reizzustand herbeigeführt hat. Muss es dennoch sein, so unterlasse man unter allen Umständen die primäre Hautnaht. Diese ist überhaupt auf Fälle mit einfacher schleimiger Secretion oder leichtere Eiterungen zu beschränken. Durch die Secundärnaht vermeiden wir Erysipele und Osteomyelitis.

Man tamponire die Wunde nur leicht und entferne die Tampons unter Spülungen mit leichten H_2O_2-Lösungen, wenn möglich schon am nächsten Tage, um Secretstauungen zu verhindern.

Kranke Kieferhöhlen, besonders solche mit starken eitrigen Secretionen sind genügende Zeit vorher oder in derselben Sitzung vor der Stirnhöhle radical zu operiren.

Vor allem hüte man sich davor, von demjenigen Theil der mittleren Muschel etwas fortzunehmen, an dem sich die Olfactoriusäste verbreiten, denn diese sind von Lymphherden umgeben, die mit dem Subarachnoidalraum direct communiciren. Gelangen pathogene Keime in diese Lymphherde, so ist die rasch tödtende Meningitis so viel wie sicher.

Bei Patienten, die gleichzeitig an anderen Krankheiten bedenklicher Art, an chronischer Nephritis, an Diabetes leiden, wird man, wenn möglich, ohne Operation auszukommen suchen. Bei dauernden postoperativen Neuralgien entfernt man den Nervus supraorbitalis. Neurasthenische Beschwerden erfordern noch eine längere Allgemeinbehandlung.

Bourack (Charkow) ist im Allgemeinen Anhänger des conservativen Verfahrens. Bei Fällen, die durch die Alveole eröffnet sind und nicht heilen, legt er eine breite Oeffnung in der antralen Nasenwand des unteren und mittleren Nasenganges an und curettirt mit biegsamen Curetten nicht nur durch die nasale, sondern auch durch die alveoläre Oeffnung.

Sitzung VI.

Schrötter (Wien): Zur Bekämpfung und Ausbreitung des Skleroms.

S. bespricht die Pathogenese der Krankheit. Was die Möglichkeit der Ansteckung betrifft, so hat er in letzter Zeit einen Fall beobachtet, wo an einer solchen kaum zu zweifeln ist. Was die Behandlung betrifft, so weist S. der Drucktherapie bezw. dem Dilationsverfahren die erste Stelle zu.

Zur Beseitigung florirender Krankheitsproducte hat sich die Radiotherapie, namentlich die Röntgenbestrahlung bewährt. Im Anschlusse hieran demonstrirt Referent einen Apparat zur Lichtbehandlung des Kehlkopfes: Einführung von Glas- oder Quarztuben, welche das kurzwellige Licht nach dem Principe des leuchtenden Glasstabes in den Larynx hinableiten.

Ausser der Therapie im engeren Sinne ist auf die sociale und individuelle Prophylaxe Nachdruck zu legen. Zur Durchführung dieser erscheinen die Anzeigepflicht, Evidenzhaltung der Fälle, mit zeitweiser Controle ihrer Familien- und Wohnungsgenossen, die amtliche Bereisung der Skleromherde durch entsprechend geschulte Aerzte geboten. Es erscheint geboten, Skleromkranke thunlichst von dem Contact mit anderen Wohnungsgenossen auszuschliessen. Dagegen ist es nicht nothwendig, die Kranken nach Art der Leprösen zu isoliren. Die Regierungen der am meisten betroffenen Staaten: Oesterreich-Ungarn, Russland, Deutschland und Italien sind neuerdings aufzufordern, die angedeuteten Maassnahmen ex officio durchführen zu lassen und das wissenschaftliche Studium des Skleroms zu fördern.

Irsai (Budapest): Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn.

Ich pflichte jenen Autoren bei, die die obligatorische Anmeldung und eventuelle Isolirung der Skleromfälle für nöthig erachten. Ich erlaube mir Ihnen eine Kartenskizze vorzuzeigen, woraus ersichtlich ist, dass wir hier in Ungarn ein Skleromgebiet haben, welches leider viel ausgedehnter ist, als es vor Jahren die Skizze Róna's zeigte.

Wir begrüssen mit Freuden die Versuche der Herren Goldzieher und Neuber, welche am hiesigen pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Prof. Pertik bei skleromverdächtigen und skleromatösen Individuen angestellt wurden.

Mit Hülfe des Complement-Fixationsversuches lassen sich im Serum Skleromkranker Antikörper nachweisen. Es geschieht dies am zweckmässigsten bei Befolgung einer Technik, die mit derjenigen der Wassermann'schen Syphilisreaction vollkommen übereinstimmt.

Die Reaction ist eine feine und specifische, indem das Serum des Skleromkranken nicht reagirt, wenn, statt des Sklerombacillusextracte, Extracte verwandter Bakterien, namentlich des Bac. Friedländer verwendet werden.

Die Reaction war in den bisher untersuchten Fällen von Sklerom stets positiv. Eine Ausnahme bildeten zwei Fälle, die lange unter Röntgenbehandlung standen. Der eine von diesen beiden hatte vor der Behandlung überdies positiv reagirt.

Neumann (Wien): Beiträge zur Klinik des Skleroms.

An der Hand der Beobachtungen an der Klinik Chiari's wird kurz das Sklerom besprochen.

Es folgt kurz eine Besprechung der Therapie, wie sie an der Klinik Chiari's bei Sklerom geübt wird.

Discussion:

Mayer (New York) hat 16 Fälle von Sklerom in Amerika gesammelt, von denen die meisten an seiner Klinik zur Beobachtung kamen. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen hat sich ihm sehr erfolgreich bewiesen.

Lubliner (Warschau): Ich verfüge über ein Material von über 30 Skleromfällen. Den einzigen Fall, den ich ohne irgend welche Behandlung heilen gesehen habe, war der von mir beschriebene Fall von Rhinosklerom und Typhus exanthematicus, in welchem bei einem Patienten das Sklerom nach überstandenem Typhus exanthem. vollständig schwand. Was die Prophylaxis anbetrifft, so möchte ich Folgendes erwähnen: Ich habe nie einen Fall beobachtet, welcher aus derselben Familie stammte, wo schon andere Fälle vorgekommen sind.

Baumgarten (Budapest) verwendet bei der Behandlung im Kehlkopfe O'Dwyer'sche Tuben, unterrichtet aber gleichzeitig die Patienten, das Schrötter'sche Rohr selbst einzuführen.

Kahler (Wien): Zur Pathologie und Klinik der gutartigen Kieferhöhlentumoren.

Im Anschluss an zwei beobachtete Fälle von Fibromen der Kieferhöhle wird die Pathologie und Klinik dieser Erkrankung besprochen; in dem ersten Falle handelte es sich um ein periostales Fibrom, in dem zweiten liess sich die Entstehung wegen des vorgeschrittenen Stadiums nicht entscheiden. Ausserdem wird über einen Fall von partieller Hyperostose des Oberkiefers berichtet; der histologische Befund spricht nicht wie der Fall Bockenheim's für die Zugehörigkeit dieses Processes zur Ostitis fibrosa.

Marschick (Wien): Ueber Kehlkopfkrebs im jugendlichen Alter.

An der Klinik Chiari's in Wien wurden zwei Fälle beobachtet: 1. 25jähriger Mann, Tumor der rechten Kehlkopfhälfte, vom Proc. vocalis ausgehend. Halbseitige Exstirpation, infolge von Phlegmone und Mediastinitis letal endigend. 2. 16jähriges Mädchen. Tumor des rechten Stimmbandes. Laryngofissur, Entfernung von Stimmlippe und Taschenfalte. Heilung.

Schrötter (Wien): Mikroskopische Präparate.

Die Mittheilung betrifft den Befund einer isolirten Höhle in der Medulla oblongata, entsprechend dem Vaguskerne, bei einem 36jährigen Manne, welcher klinisch an Tuberculose litt und Symptome der Syringomyelie zeigte.

Neben Parese der Beine, theilweiser Herabsetzung der Muskelkraft, dissociirter Empfindungslähmung u. a. bestanden Schlingbeschwerden und Stimmlosigkeit. Die klinische Untersuchung ergab Parese der linken Gaumenhälfte, vollständige Lähmung des linken Stimmbandes mit zuckenden Bewegungen des gleichseitigen Aryknorpels. Hypästhesie der Rachenschleimhaut, verminderte Empfind-

lichkeit der Schleimhaut des Kehlkopfeinganges, im Besonderen aber ausgesprochene auch thermische Anästhesie der linken Kehlkopfhälfte, bezw. dieses Stimmbandes. Dementsprechend fehlende Reflexe.

Der interessante Befund erklärt die im Leben am Kehlkopfe beobachteten Erscheinungen, indem er sowohl den Ausfall der motorischen Function, als die beobachtete auffallende Anästhesie verständlich macht. Bemerkenswerth ist, dass seitens des Glossopharyngeus keine Symptome (Geschmacksverlust) bestanden.

Sitzung VII.

Schrötter beantragt, ein permanentes internationales Comité zu wählen, das sich mit der Frage des Skleroms vom epidemiologischen und socialhygienischen Standpunkt aus beschäftigen und den folgenden Congressen über den Stand der Frage berichten soll. Der Antrag wird angenommen und Vertreter Oesterreichs, Deutschlands, Italiens, Russlands, Ungarns, Frankreichs, der Schweiz und Amerikas in das Comité gewählt.

Castex (Paris): Operative Behandlung der malignen Rachentumoren.

Beschreibung der für maligne Tumoren des Gaumensegels, der Mandeln, des Rachens in Betracht kommenden Operationsverfahren. C. kommt zu dem Schluss, dass die ausgedehnten Operationen voller Gefahren sind, von denen man am meisten den Operationsshock, die Blutungen und die Pneumonie zu fürchten hat.

Moure (Bordeaux): Die operative Behandlung der malignen Nasentumoren.

Man muss unterscheiden zwischen: 1. den Tumoren, deren Sitz das vordere Drittel der Nasenschleimhaut (Septum, Nasenboden, untere oder mittlere Muschel) und 2. denjenigen, die in den oberen Theilen der Nasenhöhle sitzen und sich auf die Nebenhöhlen ausdehnen. Bei der ersten Gruppe kann die Entfernung per vias naturales geschehen. Was die zweite Gruppe anbetrifft, so genügt für die Fälle, wo der Tumor sich auf das Siebbein beschränkt, der maxillo-nasale Weg, wie ihn M. zur Siebbeinentfernung angegeben hat. Sitzen die Tumoren in der Tiefe der Nasenhöhlen oder gehen sie vom Keilbein aus oder haben dieses ergriffen, so empfiehlt sich der von M. vor einigen Jahren angegebene transmaxillo-nasale Weg. Geht der Tumor von der Kieferhöhle aus, so ist die mehr oder minder atypische Oberkieferresection unvermeidlich.

Discussion:

Denker (Erlangen): Für die Operation der malignen Tumoren der Nase habe ich vor einigen Jahren eine Operation empfohlen, welche submucös vom Munde ausgehend durch die Kieferhöhle hindurch das Ausbreitungs- und Ursprungsgebiet in der Nase und an der Schädelbasis freizulegen erlaubt. Ich möchte dies transmaxillare Verfahren auch für die im Nasenrachenraum entspringenden gutartigen (Fibrome) und bösartigen Tumoren empfehlen. Ich habe auf diesem Wege nicht nur Nasenrachenfibrome, sondern auch bei dem Kinde eines Collegen ein Fibrosarkom operirt, welches jetzt mehr als zwei Jahre recidivfrei geblieben ist.

Koschier (Wien): Ich wende auch denselben Hautschnitt an wie Moure für die Operation von malignen Tumoren der Nase und des Nasenrachens. Wenn nach Entfernung eines entsprechenden Stückes des Oberkiefers der Tumor eingestellt ist, dann führe ich ein starkes Drainrohr durch die Nase in den Nasenrachenraum und fasse mit demselben den Tumor an seiner Basis. Dadurch kann man die sonst sehr unangenehme Blutung aus dem Tumor während der Operation vermeiden. In Bezug auf die Resultate dieser Operationen möchte ich hervorheben, dass ich damit sehr schlechte Erfahrungen gemacht habe, die Recidive waren in kurzer Zeit unausbleiblich. Ganz anders die Prognose bei Angiofibromen. Entgegen der vielfach vertretenen Meinung möchte ich betonen, dass dieselben nie recidiviren, wenn sie wirklich radical entfernt worden sind. Die malignen Neubildungen des Rachens geben meiner Ansicht nach eine ganz schlechte Prognose.

Morelli (Budapest) erklärt, dass seiner Meinung nach die radicale Exstirpation der malignen Tumoren mit äusserlichem operativen Eingriff keine Sicherung giebt, da die Wunde allsogleich geschlossen werden muss und die Blutung so gross ist, dass man die Neubildung mit bestem Willen nicht vollständig entfernen kann. Wir müssen den Einblick für längere Zeit sichern, das kann man nur durch Resection des harten Gaumens. Sein angemeldeter Vortrag und vorzustellender Patient giebt dafür Beweis.

Jouty (Oran): **Beziehungen zwischen dem Sitz der tuberculösen Kehlkopfaffectionen und denen der Lungenerkrankung.**

Es besteht eine deutliche Correspondenz in Bezug auf die Einseitigkeit der tuberculösen Kehlkopfaffectionen und die Lungenerkrankung. J. hat nachgewiesen, dass die erkrankte Kehlkopfhälfte und Lunge derjenigen Körperhälfte entspricht, die sich gegenüber der anderen durch eine trophische Inferiorität kennzeichnet. Diese trophische Inferiorität kann, bevor die Kehlkopf- oder Lungenuntersuchung etwas ergeben hat, durch halbseitige neuro-musculäre Hyperästhesie der betreffenden Seite nachgewiesen werden. J. veranschaulicht seine Theorie an der Hand von Abbildungen.

Faracci (Palermo): **Ueber die tuberculöse Natur einiger Nasenaffectionen.**

F. hat bei 87 Patienten — 53 mit Ozaena, 34 mit chronischer Siebbeineiterung — die Ophthalmoreaction gemacht. Angewandt wurde das Tuberculin Test. Von den 87 Patienten reagirten 47. F. kommt zu dem Schluss, dass entweder das Tuberculin Test nicht die ihm zugeschriebenen diagnostischen Eigenschaften habe oder dass es prätuberculöse oder paratuberculöse Affectionen gäbe, die darauf reagirten, ohne die histo-pathologischen und klinischen Eigenschaften der wirklichen Tuberculose zu haben.

Halász (Miskolcz): **Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen.**

F. berichtet über einen einen 31jährigen Mann betreffenden Fall von Erblindung, verursacht durch Sarkom der Keilbeinhöhle.

Lautmann (Paris): Behandlung der Syphilis der Nase und des Kehlkopfs.

Zur Zerstörung des Primäraffects eignet sich am besten die heisse Luft. Auf die Plaques muqueuses hat die Allgemeinbehandlung oft keinen Einfluss; sie verschwinden manchmal, nachdem jene ausgesetzt wird. Für die Tertiärerscheinung ist das Jodkali die beste Behandlung. Quecksilber wird am besten durch Injectionen eingeführt. Zum Schluss erwähnt L. die oft unter dem Bilde eines Empyems verlaufende Syphilis des Oberkiefers, von der er einige Fälle beobachtet hat.

Dimitriadès (Athen): Ueber Inhalationen bei den Alten und photographische Demonstration eines Glasinhalators aus dem V. Jahrhundert n. Chr.

Fein (Wien): Die einfache Fensterresection bei Nasenscheidewandverbiegung.

F. empfiehlt an Stelle der technisch schwierigen, eine lange Operationsdauer erfordernden und oft unvollkommene Resultate gebenden submucösen Resection die Abtragung der vorstehenden Septumpartie sammt beiden Schleimhautblättern, d. h. die Anlegung einer grossen Perforationsöffnung an Stelle der Deviation.

Discussion:

Finder (Berlin) hält die Methode Fein's für einen Rückschritt; er macht darauf aufmerksam, welche Gefahren es habe, wenn man aus der technischen Schwierigkeit der submucösen Resection die Berechtigung herleite, eine grosse Perforation zu machen. Eine solche habe auch eine oft Jahre lang anhaftende lästige Borkenbildung im Gefolge.

Killian (Freiburg) hält ebenfalls die Fein'sche Methode für einen Rückschritt. Bei der nöthigen Uebung könne man auch in schweren Fällen die submucöse Resection in 20—30 Minuten ausführen. Er hat gesehen, dass anderwärts unabsichtlich angelegte grosse Perforationen nicht ohne dauernde üble Folgen für den Patienten blieben.

Réthi wirft die principielle Frage auf, ob man im jugendlichen Alter Deviationen operiren soll; er sah vier Kinder, bei denen der Nasenrücken eine Einsenkung zeigte. Es scheint, dass der Nasenrücken bei noch nicht abgeschlossenem Wachsthum dieser Stütze des Septums noch bedarf und es ist angezeigt, diese Operation bei Kindern, wenn nur irgend möglich, nicht vorzunehmen und den Zeitpunkt derselben auf ein späteres Alter zu verlegen.

Di Colo (Pisa): Die epithelialen Perlen im Gaumengewölbe und deren Beziehung zur Aetiologie der Tumoren dieser Region.

Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf ectodermische Einschlüsse, die sich in der Regel entsprechend der Verlängerungslinien der Gaumenplatten finden und die er in Serienschnitten bei Embryonen studirt hat. Er nimmt an, dass diese Einschlüsse bei pathologischen Reizungen zur Bildung von Geschwülsten führen können.

Láng (Budapest): Einfache Radicaloperation der solitären Choanalpolypen.

Seitdem Killian im Gegensatz zu allen anderen Autoren die Choanalpolypen

als in den Nebenhöhlen entspringend erklärte, hatte ich in 6 Fällen ausser den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden auch mittelst durch die in die vordere Wand des Antrums gebohrte Oeffnung eingeführten und mit dem Endoskop verbundenen kurzen Röhrchen die Schleimhaut des Antrums untersucht und nur in einem Falle fand ich, dass der Stiel im Antrum unmittelbar über dem Ostium entsprang. In 3 Fällen entsprang der Choanalpolyp aus dem mittleren Nasengang, in einem Fall vom hinteren Ende der mittleren Muschel und in einem vom Nasengrund. Die Resultate besitzen einen entscheidenden Einfluss auf die Operationsmethode, die immer endonasal sein muss. Für diesen Zweck empfehle ich das sichelförmige Knopfmesser, welches ich gebrauche, mit dem die Ursprungsstelle des Stieles leicht zu erreichen und zu durchschneiden ist.

Killian (Freiburg): In meiner Arbeit „Ueber den Ursprung der Choanalpolypen" (Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen, Heidelberg 1909) gab ich eine genaue Definition dieser eigenartigen polypösen Gebilde. Meine seitherige Erfahrung, welche sich auf mindestens 30 Fälle erstreckt, hat meine früheren Mittheilungen Punkt für Punkt bestätigt. Dazu kommt, dass ein argentinischer College und Kubo an der Leiche und am Lebenden den Ursprung der typischen Choanalpolypen im Antrum maxillare nach Eröffnung der Höhle thatsächlich mit aller Evidenz nachweisen konnten. Die abweichenden Angaben von Láng führe ich darauf zurück, dass man bei seiner Art der Untersuchung des Antrums nicht die ganze Höhle klar und frei übersehen kann. Vielleicht hat es sich auch in einigen Fällen um einfache Nasenpolypen gehandelt.

Was die Therapie angeht, so macht man selbstverständlich die Radicaloperation des Antrums nur, wenn der Choanalpolyp in lästiger Weise immerfort recidiviren sollte, oder wenn gleichzeitig eine andere, nicht zu beseitigende Kieferhöhleneiterung besteht. Den Polypen mit Häkchen am Ostium maxillare abzureissen, ist eine uralte Methode. Es ist viel besser, allerdings auch schwieriger, den Polypen mit einer weiten Schlinge zu angeln, die Schlinge (bei gleichzeitiger Verkleinerung) bis an's Ostium zu führen und dann zu reissen.

Morelli (Budapest): Radikaloperation der malignen Tumoren der Nase.

Präparat von einem 21 jähr. Manne. Das Myxosarkom ist so gross, dass die linke Seite des Gesichtes mit dem Jochbein herausgedrängt ist.

Sitzung VIII.

Citelli (Catania): Ueber adenoide Vegetationen.

C. bespricht die Pathogenese der adenoiden Vegetationen. Er glaubt nicht, dass die Tonsillen zu den Organen mit innerer Secretion gehören, dass aber speciell die Hyperplasie der Rachenmandel zunächst functionelle, dann aber auch anatomische Störungen an der pharyngealen und centralen Hypophysis hervorbringen könne. Er bespricht und classificirt dann die einzelnen Symptome der Rachenmandelhyperplasie. C. bedient sich zur Operation des Ringmessers von Delstanche; für die seitlich sitzenden Vegetationen und die bei Säuglingen hat er selbst ein ganz kleines Modell angegeben.

Rupprecht (Bremen): Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln.

Die örtlichen Verhältnisse lassen bei den Gaumenmandeln ein Injectionsverfahren, bei den Rachenmandeln ein Bepinselungsverfahren als das zweckmässigste erscheinen. Zur Injectionsanästhesie kommt nur das Novocain, zur Bepinselungsanästhesie nur das Alypin in Frage. Cocain kann nicht das Gleiche leisten, weil man in der Dosis beschränkter sein würde. Bei der Gaumenmandel beginnt man mit oberflächlicher Injection einer 2proc. isotonischen Novocainsuprareninlösung am unteren Theil des vorderen Gaumenbogens und geht injicirend in die Tiefe. Dann wird die obere Gaumenbogencommissur und durch diese hindurch das Parenchym des oberen Mandelpoles infiltriert. Einige weitere tiefe Injectionen in das Parenchym beider Mandelpole folgen. Bei der Rachenmandel: 1proc. Cocainsuprareninspray, Säuberung der Nase und Einführung an dünne Sonden gewickelter, mit 10proc. Alypinsuprareninlösung getränkter Wattepinsel durch die Nase gegen den oberen Choanenrand und die Rachenmandel. Dann wird der Patient mit leicht hängendem Kopf gelagert und die Pinselung beiderseits zweimal erneut, ca. 8 bis 10 Minuten lang.

Erprobt wurden die Verfahren bei 355 Adenotomien und 196 Tonsillectomien.

Citelli (Catania): Die Rachenhypophyse beim Kinde, ihre Beziehungen zur Rachenmandel und zur centralen Hypophysis.

C. hat die Rachenhypophysis sehr häufig beim Kinde gefunden; ihre Länge variirt von $1-3^1/_2$ mm. Sie hat häufig nachbarliche und circulatorische Beziehungen zur Rachenmandel und allein circulatorische Beziehungen zur centralen Hypophysis. C. hat bisher an 18 Kinderleichen Untersuchungen gemacht.

Citelli (Catania): Adenoide Vegetationen und Hypophysis.

C. hat bisher Folgendes festgestellt:

1. Die nachbarlichen und circulatorischen Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und Rachenhypophyse sind noch ausgedehnter, als bei normaler Rachentonsille.

2. Das Hypophysissystem (Rachenhypophysis und centrale Hypophysis) scheint bei adenoiden Vegetationen fast stets hypertrophirt zu sein.

Bourack (Charkoff): Die Complicationen nach Adeno- und Tonillotomien.

B. giebt eine Uebersicht über die nach diesen Operationen beobachteten Complicationen; er empfiehlt, sie nur in Kliniken und dergl. Orten, wo man vor Infectionen geschützt ist, zu machen und die Kranken 1—3 Tage lang daselbst im Bett zu halten.

Discussion:

Levi (Florenz) meint, dass die Rachenhypophyse eine grosse Bedeutung haben könne für die Genese der Akromegalie. Man sollte auch das Gewebe des Nasenrachens, in dem die Hypophysis enthalten ist, schonen.

Poppi (Bologna): Man könnte in den Fällen, wo die Beseitigung der ade-

noiden Vegetationen sehr häufig auf den Allgemeinzustand wirkt, ohne dass die Nasenathmung behindert war, an eine Beziehung zwischen der Hypophysis und der Rachenmandel durch Vermittlung anormaler Gefässcommunicationen durch den Canalis cranio-pharyngeus hindurch denken.

Fein (Wien) demonstrirt sein Adenotom.

Logan (Cansas City) hat mehr als 700 Patienten im Alter von 25 bis 59 Jahren an adenoiden Vegetationen operirt. Seine Erfahrungen in Bezug auf den Einfluss der Adenoiden auf das Recidiviren acuter Erkrankungen der oberen Luftwege und auf die Entstehung chronischer Schwerhörigkeit lassen es ihm nothwendig erscheinen, auch die kleinste Menge des adenoiden Gewebes zu entfernen.

Joachim (New Orleans) macht die Localanästhesie zur Adenoidenoperation, indem er 1 Theil gepulvertes Cocain auf 5 Theile Milchzucker zweimal mit einem Intervall von 4—5 Minuten einbläst, wie es schon Moritz Schmidt empfohlen hat.

Koschier (Wien) möchte die allgemeine Anästhesie bei Adeno- und Tonsillotomien vertheidigen. Es kommt darauf an, dass die Narkose richtig gemacht wird. Die Reflexe müssen erhalten bleiben, dann ist die Gefahr der Aspiration nicht vorhanden und man hat den Vortheil, genauer und sicherer zu operiren, wobei die Kinder doch den grossen Schmerz und den Chok vermeiden.

Gleitsmann (New-York) zieht die allgemeine Narkose der localen vor. Er narkotisirt mit Bromid-Aethyl.

Bourack (Charkoff): Gute Resultate erreicht man auch ohne Anästhesie, wir haben in Russland tausende solcher Fälle zu operiren und sehen im Allgemeinen von Narkose ab und ich finde keinen Grund, das Leben unserer Patienten zu riskiren.

Citelli (Catania) operirt mit Bromäthylnarkose und hat niemals irgendwelchen Misserfolg dabei gesehen.

Zwaardemaker (Utrecht) und Boumann (Amsterdam): **Die experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.**

Für die unmittelbare klinische Verwendung eignen sich:

1. Die Messung der Athemgrösse und Registrirung des Athemablaufes, wobei man entweder die Muskelbewegungen oder die Luftgeschwindigkeit aufschreiben kann.

2. Die articulatorische Registrirung nach den verschiedenen im Referat geschilderten Methoden.

3. Die Aufnahme des Gesprochenen mit einem Phonographen. Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlossen, dass auf diesem Wege in der Zukunft sehr Wichtiges errungen werden wird, aber vorläufig hat die rein acustische Methode nur der Ohrenheilkunde für die Gehörschärfebestimmung mittels Sprache Nutzen gebracht.

Boumann (Amsterdam): Die von B. an sich selbst und 22 Kranken angegestellten Versuche, Sprachstörungen mit dem Zwaardemaker'schen Apparat zu registriren, hatten folgende Resultate: Nicht auffallende Unterschiede wurden gefunden von demjenigen, was schon klinisch bekannt war. Nur bezüglich der Fälle von Aphasie kann eine Ausnahme gemacht werden. Während die Fälle von Bul-

bärparalyse, multipler Sclerose auch die von Dementia paralytica Abweichungen zeigten, konnten wir diese in den Curven bei den Fällen von Aphasie nicht nachweisen. Dann und wann waren da nur einige Worte, auch wohl nur ein Wort, das überhaupt gesprochen werden konnte, aber dieses Wort gab, wie die Registrirung anzeigt, keine Abweichungen der Muskelbewegungen. Damit bekommt jene Auffassung eine Stütze, die bei Aphasie eine periphere Affection absolut ausschliesst.

Discussion:

Broeckaert (Gand) betrachtet die Radiumtherapie, jedoch nur combinirt mit Paraffininjectionen, als ein werthvolles Behandlungsmittel bei Ozaena.

Gutzmann (Berlin): Die Diagnose mit Kehlkopfspiegel ist in sehr vielen Fällen ungenügend, stets ungenügend bei functionellen Stimmstörungen.

G. macht noch kurz auf das Verfahren von Marbe für die Feststellung der Sprechstimmhöhe aufmerksam und betont, dass die Forrier'sche Analyse auch für die Untersuchung der Stimmstörungen, besonders der Gesangsstimme, doch jetzt relativ so leicht zugänglich ist, dass man vor den Formeln nicht mehr zurückzuschrecken braucht.

Bezüglich des Referates von Boumann weist G. darauf hin, dass Goldscheider schon 1891 experimentell-phonetische Methoden für die Untersuchung der Sprechstörungen bei Bulbärparalyse verwendete und G. selbst schon 1892 zum Theil in Gemeinschaft mit Goldscheider dasselbe bei Dialectuntersuchungen und Sprechfehlern gethan hat.

Flatau (Berlin): Ein interessantes, noch zu bearbeitendes Gebiet sind die vicariirenden Articulationen. Gutzmann verwendet sie bei Defecten; ich habe ihre merkwürdige bewusste Anwendung bei Sängern hervorgehoben, wie ich sie letzthin beschrieben habe.

Die Registerfrage kann sicher nicht gelöst werden, wenn man sich auf die optische Registerdiagnose festlegt. Es giebt mehrere und Uebergangsformen.

Katzenstein (Berlin) misst das Athemvolum mit einem Celluloidhelm, der über den Kopf gestülpt wird und an beiden Seiten Ventile hat. Durch das eine Ventil wird die Luft aufgenommen, durch das zweite nach dem Athmen, Sprechen, Singen abgegeben und in einer Gasuhr gemessen.

Für die klinische acustische Untersuchung bevorzugt er Apparate, die mit Lichthebel vor dem Phonographen arbeiten.

Zwaardemaker (Utrecht): Die Methode Marbe's ist wirklich aus Versehen weggelassen worden, denn gerne stimme ich zu, dass sie zur einfachen Auszählung der Schwingungen der Grundtöne vollständig genügt. Roudet's Abacus scheint mir keine nennenswerthen Erleichterungen zu geben. Die Registrirapparate haben immerhin einen gewissen psychischen Einfluss, sei es auch gar nicht unangenehmer Art. Der Phonograph endlich findet leider in seiner Anwendbarkeit eine Beschränkung durch die grosse Intensität, welche bei der Aufnahme die Stimme des Patienten haben muss, wenn die Glyphik in genügender Weise ausmessbar sein soll.

David (Paris): Behandlung der chronischen Rhino-Pharyngitiden, speciell der Ozaena mit hochfrequenten Strömen.

Die Funkenlänge betrug 3—4 cm, die Dauer der Einwirkung 2 Minuten, die Zahl der Sitzungen betrug im Mittel 30.

Von den 12 so behandelten Ozaenakranken wurden 7 geheilt, d. h. Foetor und Borken verschwanden. Die 5 Patienten mit trockener Rhino-Pharyngitis sind alle geheilt.

Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.

K. schildert die von ihm bei Laryngofissuren, totalen und halbseitigen Exstirpationen befolgte Technik. Nach vollendeter Operation wird die ganze Wundhöhle mit einem Jodoformgazeschleier austapeziert und in denselben nach Art eines Mikulicz-Tampons ein schmaler Jodoformgazestreifen eingeführt. Naht wird keine angelegt, der Tampon wird blos mittels eines leichten Compressivverbandes fixirt und so lange als möglich in der Wunde belassen. Vor dem 10. Tage habe ich den Tampon nie entfernt. Ich habe diese Methode der Wundversorgung bisher in 30 Fällen von Larynxcarcinom angewendet. Die Verlässlichkeit derselben besonders in Bezug auf die Verhütung der consecutiven Schluckpneumonie wird am besten durch die Thatsache illustrirt, dass ich einen einzigen postoperativen Todesfall zu verzeichnen habe, der durch Nachblutung aus einer arrodirten Vena thyreoidea erfolgte. Nach Operatonen gruppirt, habe ich 9 Laryngofissuren, 18 partielle und 3 Totalexstirpationen ausgeführt; der Exitus betrifft eine partielle Laryngectomie. In allen Fällen habe ich zur Verhütung nachträglicher Blutungen aus der Schilddrüse den Isthmus derselben präventiv doppelt unterbunden und durchschnitten. Von den 19 Fällen, die vor mehr als 3 Jahren operirt wurden, sind 9 derzeit definitiv, d. h. länger als 8 Jahre geheilt geblieben, 4 Laryngofissuren, 3 Laryngectomien und 2 Totalexstirpationen. Ich möchte die Gelegenheit benützen, um den Vorschlag zu machen, in der Laryngologie bezüglich der Statistik des Larynxcarcinoms nach denselben Principien vorzugehen, die nach Winter's Vorschlag in der Gynäkologie nunmehr bezüglich des Uteruscarcinoms gelten. Ich möchte also, dass man im Weiteren nur mit vier Zahlen arbeite:

1. Zahl der beobachteten Fälle;
2. Zahl der operirten Fälle;
3. Zahl der postoperativen Fälle;
4. Zahl der nach 3 Jahren geheilt gebliebenen Fälle.

Der Vergleich der ersten mit der letzten Zahl giebt dann die absolute Leistung der Operation.

Sitzung IX.

Broeckaert (Gand): Gegenwärtiger Stand der Recurrensfrage. (Lähmungen cerebralen und bulbären Ursprungs.)

I. Recurrenslähmungen cerebralen Ursprungs. Es sind einige recht exceptionelle Beobachtungen von einseitiger Stimmbandlähmung bei rein cerebralen Affectionen veröffentlicht worden. Keine hält einer strengen Kritik Stand. Wenn man nach der Mehrzahl dieser Beobachtungen urtheilen müsste, so würde die cere-

brale Kehlkopflähmung die dreifache Eigenschaft haben, einseitig, gekreuzt und vollständig zu sein; das der Gehirnläsion entgegengesetzte Stimmband steht unbeweglich in Cadaverstellung. Nach einigen anderen Beobachtungen wäre die Lähmung unvollständig, indem das gelähmte Stimmband in Medianstellung steht. Alle experimentellen Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass selbst die ausgedehntesten Zerstörungen der cerebralen Kehlkopfcentren ausschliesslich die willkürlichen Bewegungen der Stimmlippen unterdrücken, die Reflexbeweglichkeit aber intact lassen. Eine Kehlkopflähmung durch Läsion des Gehirns lässt sich beim Thier nicht erreichen; selbst nach Abtragung beider Hemisphären bleiben die Respirationsbewegungen wie in der Norm bestehen und unter der Einwirkung einer reflectorischen Ursache vollzieht sich die Adduction vollkommen. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben bestätigt, dass beim Hunde jederseits im Niveau der antero-exterioren Partie der Präcrucialwindung ein Centrum für die verschiedenen Bewegungen der Stimmbänder existirt. Die electrische Erregung dieses Centrums bringt im Allgemeinen eine bilaterale Wirkung hervor; ausnahmsweise kann man eine ausschliessliche, andere Male eine vorwiegende Contraction des entgegengesetzten Stimmbandes erhalten. Dieses Centrum stellt nicht eigentlich das Centrum der Phonation dar, sondern es ist das cerebrale Centrum für die Stimmaccommodation, eines für die Phonation nothwendigen Actes. Nach Katzenstein soll die Lautgebungsstelle in der Nähe des Centrums für die willkürlichen Stimmbandbewegungen und des corticalen Athmungscentrums gelegen sein. Das Bellcentrum entspricht dem Wortcentrum beim Menschen; zerstört man es, so macht man das Thier aphatisch; zerstört man das Centrum für die Stimmbandbewegungen, so macht man das Thier aphonisch.

II. Recurrenslähmungen bulbären Ursprungs. Nach den Untersuchungen der Schule von Louvain scheint es festzustehen, dass — entgegen der classischen Ansicht — der Kern für die Innervation des Larynx im dorsalen Vaguskern localisirt ist. Bestätigt sich dies für den Menschen, so müssten die Recurrenslähmungen bultären Ursprungs auf eine Läsion des dorsalen Vaguskerns folgen. Die anatomisch-pathologischen Thatsachen, die sich aus der Literatur sammeln liessen, sind zur Lösung des Problems absolut ungenügend. Die Hauptcharaktere der Laryngoplegie bulbären Ursprungs sind folgende: 1. Einseitig oder doppelseitig, die Lähmung entspricht stets der betroffenen Bulbusseite. 2. Die Lähmung ist vollständig oder unvollständig. 3. Die gelähmten Muskeln atrophiren oder verlieren ihre electrische Erregbarkeit. 4. Die Lähmung ist oft verbunden mit Anästhesie. Obwohl die Lähmung der Erweiterer die bei weitem häufigere ist, kann man in den motorischen Kehlkopfstörungen die grösste Mannigfaltigkeit finden: isolirte Lähmung der Constrictoren wurde verschiedentlich beobachtet. Das Semon'sche Gesetz ist also oft im Widerspruch mit den bei Bulbäraffectionen sich ergebenden Thatsachen.

Katzenstein (Berlin): Ueber Phonationscentren.

Dass nach Durchschneidung aller vier Kehlkopfnerven Stimmbildung durch Wirkung der äusseren Kehlkopfmuskeln und der Muskeln des Larynx oder infolge

des Stellungsreizes nach R. du Bois-Reymond und Katzenstein möglich ist, ist lange bekannt.

Die Stimmbildung ist im Experiment oder bei menschlichen pathologischen Fällen möglich von den sogen. subcerebralen Centren; die bewusste normale Lautgebung des Thieres ist aber nur von dem Lautgebungscentrum der Rinde erzeugt. Die Pathologie der centralen menschlichen Lautgebung wird durch die Thierexperimente nicht berührt.

Die Erzeugung unilateraler Stimmlippenbewegungen ist durch die Untersuchung Masini's, Katzenstein's, Broeckaert's, Lewandowski's einwandsfrei erwiesen.

Discussion:

Lautmann (Paris) macht darauf aufmerksam, dass, ebenso wie beim Recurrens, auch bei Lähmungen anderer Nerven (Opticus, Acusticus, Oculomotorius) nicht alle Fasern gleichmässig befallen werden.

Onodi (Budapest) muss sich Semon's Ausspruch anschliessen, den experimentellen Ergebnissen keine allzugrosse Bedeutung beizumessen. Seine experimentellen Ergebnisse sind, dass sowohl beim Thiere als bei Anencephalen und menschlichen perforirten Neugeborenen die Phonation und die Bewegung der Stimmbänder aufrecht erhalten werden können, wenn das Gebiet des medullaren Athmungscentrums intact ist. Dies haben die Referenten bestätigt, der Unterschied besteht nur in der Erklärung; Katzenstein nimmt eine reflectorische Phonation durch das Athmungscentrum und durch die Exspiration an. Dieser Schluss steht in gar keinem Einklang mit der klinischen Erfahrung, da bei centralen Lähmungen der Stimmbänder, trotzdem das Athmungscentrum und die Respiration intact sind, die Stimmbänder doch unbeweglich bleiben und beim Thiere bei der Entfernung des Gehirnes bis zum medullaren Athmungscentrum die Phonation und Stimmbandbewegung doch bestehen. Es muss daher das Hauptgewicht auf die klinischen Beobachtungen und auf die pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchungen gelegt werden.

Gleitsmann (New-York): Broeckaert hat in seinem Referate die Fälle citirt, bei denen im Gefolge einer einseitigen cerebralen Affection eine unilaterale Lähmung des Recurrens oder Abductor beschrieben worden ist. Die meisten derselben sind bereits von Semon in Heymann's Handbuch analysirt und nicht einwandfrei befunden worden.

Der zweite und wichtigste Punkt, der, wenn zum Abschluss gekommen, die ganze, immer wieder auftauchende Controverse der einseitigen corticalen Lähmungen begraben würde, betrifft die äusserst interessanten und werthvollen Experimente Katzenstein's, der berichtet, eine corticale Stelle gefunden zu haben, die bei unipolarer Reizung einseitige Lähmung im Larynx hervorzurufen im Stande ist.

Flatau (Berlin): Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie.

Die phonetische Therapie kann Platz greifen:

1. Bei organischen Veränderungen in irgend einem Theil des Apparates, wobei

auch die dazu gehörigen Bezirke des Centralnervensystems unter diesem Begriff mitverstanden werden sollen.

2. Das zweite Hauptgebiet der phonetischen Therapie bildet die Herstellung einer normalen, idealen, neutralen Coordination bei deren Störung ohne primäre causale mechanische Veränderungen. Hierher gehört die Behandlung der Sprachgebrechen, das Stammeln, das Stottern und ein jüngster bedeutsamer Zweig, die mechano-therapeutische Behandlung der Berufsneurosen der Stimme; als schwierigste, wichtigste, interessanteste Form mögen hier die Störungen der Singstimme genannt werden.

3. Ein drittes Gebiet der phonetischen Therapie ist zu construiren, wenn man als erwiesen annimmt, dass durch die Gesammtheit der Factoren der stimmgymnastischen Therapie auch eine Rückwirkung auf Abweichungen der Form und gewisse functionshemmende pathologische Bildungen überhaupt vollzogen werden kann.

Diesen Beweis sehe ich als geführt an, nachdem es mir in einer grossen Reihe von Fällen gelungen ist, pseudokatarrhalische Erscheinungen, Trübungen, Schwellungen, knötchenförmige Prominenzen, Unregelmässigkeiten des freien Randes der Stimmbänder in verschiedener, meist sägenförmiger Gestalt lediglich auf dem Wege einer systematisch vorgehenden stimmgymnastischen Therapie zur Rückbildung zu bringen.

4. Die phonetische Therapie bei Sinnesdefecten.

Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Taubstummen.

Discussion:

Katzenstein (Berlin) demonstrirt eine Staubinde und einen Apparat zur directen Massage der Stimmlippen.

Gutzmann (Berlin) geht kurz auf die vicariirenden Articulationen bei Defecten ein und zeigt, wie selbst bei grossen Defecten (z.B. bei totalem Zungendefect, bei completer Facialislähmung) die Articulation nicht zu leiden braucht.

Stern (Wien): Die Beziehungen der Laryngologie zu den Sprachstörungen.

Sitzung X.

Vansant (Philadelphia): Heissluft zur Behandlung von katarrhalischer Entzündung von Nase und Ohr nebst Demonstration eines Instrumentes.

Moskovitz (Budapest): Die schädlichen Folgen der Nasenmuschelresectionen für den Organismus.

Die offensichtlichen Nachtheile der Resection springen besonders deutlich in die Augen, wenn dieselbe einseitig vorgenommen wurde, indem die Klagen und Beschwerden der Patienten trotz der Exstirpation an der betreffenden Seite nicht aufhören, was augenscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass der Nervenreiz, welcher die Schwellung hervorgerufen hat, auch nach der Operation fortbesteht. Dazu gesellen sich noch die weit schlimmeren Folgen des verursachten Defectes auf die Respirationsorgane.

Die häufigste Ursache der Nasenverstopfungen bilden bekanntlich katarrhalische Affectionen. Bei solchen zur Resection, also zum radicalsten Eingriff zu schreiten, ist ein folgenschwerer Kunstfehler, um so mehr, da in solchen Fällen durch allgemeine und locale Behandlung glänzende Heilresultate erzielt werden und ein blutiger Eingriff dem hilfesuchenden Patienten statt Hilfe nur bleibenden Schaden bringen kann.

Tóvölgyi (Budapest): Ueber eine neue Operationsmethode bei Septum-, Spina-, Crista- und Nasenmuschelhypertrophien.

Mit meinem Handgriff kann man mit der geraden Scheere nicht nur Muschelhypertrophien beseitigen, sondern sämmtliche Nasenoperationen vollführen. Zum Beispiel bei Septen-, Cristen- und Spinenoperationen kann man viel schneller, schöner mit der geraden Scheere operiren, wie mit Meissel oder irgendwelchem anderen Instrument. Die Operation kann man in 5—8 Secunden vollführen.

Discussion:

Flatau (Berlin): Ich empfehle, wenn überhaupt resecirt werden soll, das im Nasenwinkel abgebogene Conchotom mit Schutzknopf, das sehr schnell und kräftig arbeitet.

Morelli (Budapest): Fistula colli congenita bilateralis totalis.

Poli (Genua): Trockeninhalationen nach der Methode Koerting.

P. beschreibt das Koerting'sche Inhalationsverfahren, wie es in Bad Koesen angewandt wird. Im Jahre 1909 hat Dr. A. Peri in Sestri Ponente darauf aufmerksam gemacht, dass diese Inhalationen ausser ihrer localen Wirkung noch vielmehr eine allgemeine Wirkung ausüben infolge Resorption der durch die Athemwege inhalirten Salze. P. hat 5 Monate lang Beobachtungen mit diesen Inhalationen gemacht; besonders beziehen sich diese auf Inhalationen mit dem Brunnen von Salsomaggiore. Sie waren besonders wirkungsvoll bei den Formen von diffusem Katarrh des Siebbeinlabyrinths mit Borkenbildung, ferner bei Congestion der unteren Muschel, ganz besonders bei Lymphatismus mit Hyperplasien des lymphatischen Rachenringes.

Pollaczek (Budapest): Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.

1. Ich habe 3 Fälle von Spontanheilung von Kehlkopftuberculose beobachtet (zweimal hintere Wand, einmal Stimmlippe).
2. Ich beobachtete bei allgemeiner Behandlung mit Altuberculin Koch locale Reaction neben Veränderungen des Kehlkopfes.
3. Gedeckte Infiltrate haben sich bei derselben Behandlung verkleinert.
4. Bei allgemeiner Behandlung mit Marmorek-Serum habe ich weder locale Reaction, noch Besserung gesehen.
5. Die bei weitem besten Resultate erzielte ich auf operativem Wege. (Siehe meinen Aufsatz im Berichte vom Tuberculosecongress in Washington.)

Bei 210 operirten Fällen kann ich Folgendes zusammenfassen:

1. Kehlkopftuberculose muss als eine heilbare Krankheit betrachtet werden.
2. Bei Eingriffen soll womöglich alles Krankhafte entfernt werden.

3. Reihenfolge: a) hintere Wand, b) Epiglottis, c) Stimmlippen, d) Taschenbänder.

Rupprecht (Bremen): Demonstration eines neuen oto-rhino-laryngologischen Taschenbestecks.

---

b) Laryngological Section of Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom März 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: 1. Hunter'sches Geschwür (?) auf der Innenfläche der Lippe bei einer jungen Frau.

Es wurden in dem Secret von dem Grunde des Geschwürs Spirochäten gefunden, aber nicht auf dessen Oberfläche, noch in den Drüsen.

2. Kehlkopftuberculose; Besserung nach galvanokaustischem Tiefenstich.

28 jähriger Mann mit erheblicher Infiltration und oberflächlicher Ulceration der Stimmbänder. Die Ulceration verschwand und die Stimme besserte sich erheblich nach der Galvanokaustik; es blieb nur eine geringe Hyperämie bestehen.

Lambert Lack: Teleangiectasie mit Epistaxis.

54jährige Frau mit typischen naevusähnlichen erhabenen Flecken auf Wangen, Lippen, Zunge, Gaumen und Brust. Wiederholte Blutungen aus dem vorderen Septumabschnitt. In der Familie keinerlei ähnliche Erkrankungen.

Stuart Low: Thyroidgeschwulst der Zunge.

32jährige Frau mit grosser, derber Schwellung an der Zungenbasis; ein ähnlicher Zustand bestand bereits vor 11 Jahren und ist damals anderwärts opeperirt worden. L. räth zur radicalen Entfernung nach Spaltung der Zunge.

Scanes Spicer hält die Geschwulst zum Theil für cystisch.

Cresswell Baber sagt, dass diese Tumoren oft cystenähnlich, aber nicht cystisch wären.

Fitzgerald Powell glaubt, es handelt sich um eine thyreolinguale Cyste. Das Recidiv spricht entweder für eine solche oder für eine maligne Geschwulst.

Stuart Low: Ungewöhnlich grosse und lange Zunge.

8jähriger Knabe mit einer ca. 13 cm langen Zunge. Er hat grosse Adenoide, aber keine Deformität des Alveolarbogens. Evident war der Einfluss der Zunge auf die Gestaltung des Kiefers.

Andree Wylie citirt den Fall einer Frau, deren Zunge so lang war, dass sie sie in den Nasenrachen strecken konnte.

Donelan: 1. Geschwulst der Uvula bei einem 42jährigen Mann.

Vor zwei Jahren war nur ein kleines Papillom zu sehen. Jetzt bildet sich von Zeit zu Zeit eine Anschwellung von der Grösse der Uvula in der Gegend des Papilloms.

2. Rechtwinklige Meissel nach rechts und links gebogen zur Entfernung der antronasalen Wand.

Die Meissel können angewandt werden, sowohl wenn die Operation allein von der Nase vorgenommen wird oder wenn diese mit der Eröffnung von der Mundhöhle her combinirt ist.

Dundas Grant, Tilley und Donelan betonen die Nothwendigkeit, dass diese Instrumente scharf sein müssen, um ein Splittern des Knochens zu vermeiden.

Irwin Moore: Kehlkopfgeschwulst.

Infiltration des linken Stimmbandes gleichzeitig mit einer Cyste der Hinterfläche der Epiglottis bei einem 45jährigen Mann.

Dundas Grant und Mc Kenzie: Gummi des Kehlkopfs.

32jährige Frau mit Schwellung der linken Kehlkopfhälfte und einem conischen Auswuchs, der von der linken Regio subglottica hervorragt. Grosse Besserung unter Jodkali. Versuche, ein Stück zur mikroskopischen Untersuchung zu exstirpiren, hatten die Nothwendigkeit der Tracheotomie im Gefolge.

Hill räth zur Anwendung der directen Methode.

Charles Parker: Chronische Infiltration des Kehlkopfs.

35jähriger Mann; seit 17 Jahren Syphilis, Ueberanstrengung der Stimme, seit 5 Jahren heiser. Erhebliche Infiltration der Epiglottis, der linken aryepiglottischen Falte und eine grosse Geschwulst zwischen den Aryknorpeln unterhalb des Niveaus der Stimmbänder; auch bestand eine blasse Geschwulst unter dem linken Stimmband. P. hält es für chronische Laryngitis, die von der Syphilis beeinflusst, aber nicht verursacht ist.

Dundas Grant hält den Fall für eine syphilitische Pachydermie.

Tilley sagt, solche Fälle seien oft verbunden mit Fibrose der Leber und Nieren. Er hat in einem solchen Fall Besserung nach Ruhe und Purgation eintreten sehen. Er räth im vorliegenden Fall zu Galvanopunction.

Jobson Horne verwirft die Anwendung der Galvanokaustik bei einer fibrösen Affection.

Dan Mc Kenzie schlägt die Bezeichnung „Elephantiasis laryngis" vor.

Hill räth zur Entfernung von Stücken auf directem Wege.

Fitzgerald Powell räth zur antisyphilitischen Therapie und Entfernung von Theilen.

Dundas Grant empfiehlt Vorsicht bei Anwendung der Galvanopunction in der Interarytaenoidgegend wegen excessiver Narbenbildung und Stenose.

Jobson Horne: Kehlkopfneubildung.

64jährige Frau mit grosser maulbeerförmiger Geschwulst, die vom linken Ventrikel oder Taschenband auszugehen schien. Ein Präparat zeigte nur papillomatöses Gewebe; die Geschwulst ist aber sehr gewachsen, ohne dass die Beweglichkeit des Stimmbandes gelitten hätte.

Dundas Grant hält die Neubildung für bösartig.

Waggett hat einen ähnlichen Fall bei einer älteren Frau gesehen. Das Mikroskop ergab ein Papillom; die von anderer Seite vorgenommene Entfernung

hatte ein Recidiv und Bildung von secundären Tumoren aussen am Halse im Gefolge.

Lambert Lack: Tumor des harten Gaumens bei einer 30jährigen Frau.

Es bestanden gleichzeitig Gummata am Kopf.

Furniss Potter: Kehlkopffall zur Diagnose.

Es handelt sich um die Frage, ob Syphilis oder maligne Neubildung.

Waggett: Maulbeerförmige Hypertrophie der unteren Muschel.

Hill: Subglottische Membran (in der vorigen Sitzung vorgestellt).

Syphilitische Narbe mit Laryngofissur behandelt.

Sitzung vom Mai 1909.

Dundas Grant: 1. Fall von Fixation des linken Stimmbandes.

Das Skiagramm zeigt ein Aneurysma.

2. Epitheliom der Epiglottis und des Ventriculus Morgagni.

Davis: 1. Linksseitige Bronchocele bei einer Frau mit Verdrängung des Kehlkopfs und Vorwölbung der Trachealwand.

Mehrere Discussionsredner rathen zur Operation.

2. Chronisches Highmorshöhlenempyem bei einer 68jährigen Frau; jetzt maligne Neubildung.

Eine frühere Radicaloperation hat keine Heilung gebracht; es besteht jetzt ein Fibro-Myxo-Sarkom mit Vorwölbung der Orbita; während der letzten 6 bis 7 Jahre war die Patientin wiederholt an Polypen operirt worden.

De Santi: 1. Kehlkopftumor.

45jährige Frau; seit 2 Jahren erkrankt. In der vorderen Commissur eine zungenförmige Geschwulst; die Untersuchung eines Stückes ergiebt den mikroskopischen Charakter eines Angioms.

2. Kehlkopffall zur Diagnose.

Es besteht die Frage der Malignität.

Donelan: Kehlkopftuberculose bei einem 43jährigen Mann.

Tuberculose der Epiglottis; Amputation derselben abgelehnt.

Dundas Grant, Barwell sprechen über den Weith der Galvanopunction in diesen Fällen.

Tilley räth zur Amputation.

Donelan: Recidivirender Verschluss der Nase.

Ein sehr schwieriger Fall von Nasenverschluss, in welchem die Operation Synechien zur Folge hatte.

Dundas Grant räth zur Anwendung von Celluloideinlagen.

Herbert Tilley: Chronische Keilbeinhöhleneiterung.

Ein Fall von heftigem Kopfschmerz, geheilt durch Eröffnung der Keilbeinhöhle.

Nourse führt einen in Carbolglycerin getränkten Tampon ein und sieht darin ein gutes Mittel, um die Operationsöffnung offen zu halten.

Waggett: Epitheliom der Hinterfläche des Ringknorpels bei einer 30jährigen Frau. Laryngectomie.

Epitheliome dieser Gegend sind bei Frauen zwischen 30 und 40 Jahren häufig, bei Männern desselben Alters sind sie sehr selten. Die genauen Grenzen der Geschwulst konnten durch die directe Methode bestimmt werden; da die Aryknorpel mit erkrankt waren, so musste der Larynx entfernt werden; der Trachealstumpf wurde in eine knopflochförmige Oeffnung in der Haut über dem Sternum eingenäht. Naht des Pharynx; vier Wochen lang Tragen einer Sonde zur Ernährung.

Sir Felix Semon hält diese Fälle für selten.

Hill stimmt mit dem Redner darin überein, dass diese Fälle nicht als Speiseröhrentumoren bezeichnet werden sollen.

Norman Paterson: Abnormität in der rechten Tonsillarregion (Processus styloideus?).

45jähriger Mann, bei dem ein langer knöcherner Vorsprung von der rechten Fossa supratonsillaris nach unten und einwärts vorsprang; ein ähnlicher, doch kürzerer Vorsprung war in der linken Tonsille palpabel. Ein Skiagramm zeigte, dass der Processus styloideus erheblich verlängert oder das Lig. stylohyoides verknöchert war.

Jobson Horne: Fixation des rechten Stimmbandes, intermittirend bei einem 40jährigen Mann vorkommend.

William Hill: Gestielter Trachealpolyp, bei einem 7jährigen Kind mittels directer Methode entfernt.

Kelson: Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Frage, ob Syphilis oder Carcinom.

Dundas Grant und Dan Mc. Kenzie: Retrobulbäre Neuritis infolge Keilbeinhöhlenempyem, mittels Drainage geheilt.

29jährige Frau mit seit lange bestehender Nasenkrankheit. Es war früher eine Curettage des Siebbeins gemacht worden, jedoch die Eiterung blieb bestehen. Später trat eine Beeinträchtigung des Sehvermögens ein und es wurde retrobulbäre Neuritis diagnosticirt. Bei Eröffnung der Keilbeinhöhle fand sich verdickte Schleimhaut und das Sehvermögen stellte sich schnell wieder her.

Bronner protestirt gegen die heut zu Tage veraltete Bezeichnung „retrobulbäre Neuritis“.

Dundas Grant: Infiltration des Kehlkopfeingangs.

Besserung unter antisyphilitischer Behandlung.

Stuart Low: Epitheliom des Kehlkopfs.

Das Mikroskop ergab Carcinom, obwohl die Geschwulst sich ungewöhnlich weich anfühlte.

William Hill: 1. Substanzverlust und Narbenbildung im Pharynx bei einem 7jährigen Kinde nach Scharlach im Alter von 2 Jahren.

2. Ulcus rodens des Bodens des Vestibulum nasi.

Der Fall soll mit Röntgenstrahlen und Radium behandelt werden.

E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

III. Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. D. v. Navratil: Ueber die Diagnose des Aortenaneurysmas mittelst Tracheoskopie.

Bei der 28jährigen Frau bestehen Athembeschwerden. Geringe Hypertrophie, namentlich des linken Lappens der Schilddrüse. Kehlkopf normal. Bei der Tracheoskopie sieht man, dass die rechte Hälfte der Trachea in der Richtung von rechts und vorne nach hinten gegen die Medianlinie lebhaft pulsirt. Innere Untersuchung ergiebt mässige Dämpfung am linken Sternalrande und accentuirten diastolischen Ton; im Röntgenbilde links hinter der Articulatio sternocostalis II ein nussgrosses Aneurysma der Aorta ascendens. N. ist der Ansicht, dass die Pulsation des Aneurysmas wahrscheinlich die Bifurcation an jener Stelle berührt, wo der Arcus aortae den linken Bronchus kreuzt.

2. E. Baumgarten: Empyema sinus Highmori und Osteomyelitis.

Vor 7 Jahren wurde wegen Empyem der rechten Highmorshöhle nach Resection des vorderen Theiles der unteren Muschel eine grosse Oeffnung im unteren Nasengange angelegt. Heilung. Jetzt wieder Schmerzen, eitriger Ausfluss. Neuerliche Eröffnung vom unteren Nasengange. Nach 3 Tagen Phlegmone der ganzen rechten Gesichtshälfte. Tiefe Incision, viel Eiter; an der Vorderwand der Höhle rauher Knochen, welcher entfernt wird. Nach 8 Tagen wieder Infiltration, wieder Einschnitt und wieder wird ein nekrotisches Knochenstück oberhalb der Fossa canina entfernt. Es ist jetzt fraglich, ob der seltene, bisher zweimal beschriebene Fall von Osteomyelitis das Primäre war und deshalb die Highmorshöhle eiterte oder umgekehrt acutes Empyemrecidiv die Osteomyelitis verursachte.

3. E. v. Navratil: Rückblicke auf die Arbeiten der XV. Section auf dem XVI. internationalen Aerztecongress.

4. E. v. Navratil: Discussion über die Indication zur Eröffnung des Sinus frontalis.

K. v. Láng: Ist Anhänger der conservativen Behandlung; wo eine Knochenaffection vorliegt, soll radical operirt werden.

E. Tóvölgyi: Unbedingte Indication geben Knochenaffection, Augen- oder Gehirncomplicationen.

L. Polyák: Die Anhänger der radicalen Methode sind heute vorsichtiger geworden. Hält die Killian'sche Methode für vortheilhafter als die osteoplastische.

A. Onodi: Die Ultraradicalen sind mässiger geworden, namentlich wegen der postoperativen Meningitiden.

E. Baumgarten: Nur in den seltensten Fällen muss der Sinus eröffnet werden.

Z. Donogány: In acuten Fällen rascher Entschluss, in chronischen kann conservativ vorgegangen werden.

Sitzung vom 25. Januar 1910.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. D. v. Navratil: Vor $2^1/_2$ Jahren endonasal operirtes Septumcarcinom.

2 × 1 Centimeter grosses Basalcarcinom. Kein Recidiv.

2. D. v. Navratil: Schleimhautprolaps zwischen dem linken falschen und wahren Stimmbande.

Bohnengrosser Schleimhautprolaps, wurde mit kalter Schlinge entfernt. Vollständige Heilung.

3. D. v. Navratil: Papillom der Nasenschleimhaut.

Rechts war die Nasenhöhle mit Papillomen erfüllt; wurden entfernt.

4. Z. v. Lénárt: Zitterbewegungen des Kehlkopfes und der Zunge.

50jähriger Schiffskapitän. Vor 2 Jahren Diplopie; vor 10 Monaten traten an beiden Händen Zittern und Muskelzuckungen auf, nachher Verlust der Sprache. Vor 10 Jahren Ulcus am Penis.

Rechtsseitige Abducensparese. Argyll-Robertsons Symptom. Kniereflexe etwas gesteigert. Wassermann positiv. Sprache flüsternd. Zittern der Zunge, der ary-epiglottischen Falten, der Aryknorpel, der falschen Stimmbänder. An beiden wahren Stimmbändern Zitterbewegungen in Form von Ab- und Adductionsbewegungen. Diagnose des Vortr.: Lues cerebrospinalis, eventuell mit Tabes incipiens.

Z. Donagány: Hält es für das Gerhardt'sche Zittern.

E. Baumgarten: Es kann Sclerosis multiplex, Syringomyelie oder Alcoholismus sein.

M. Mohr: Der Fall kann Tabes sein.

Z. v. Lénárt: Es wird eine antiluetische Kur eingeleitet werden.

E. v. Navratil.

III. Briefkasten.

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr.

18. bis 24. September 1910.

Einführender der 22. Abtheilung — Hals- und Nasenheilkunde — ist Professor Dr. Gerber, Hufenallee 54/56; Schriftführer sind: Dr. Georg Cohn und Dr. Krause.

Bis jetzt sind für die Section für Laryngologie und Rhinologie folgende Vorträge angemeldet:

Blumenfeld (Wiesbaden): Zur pathologischen Anatomie der Stimmlippe.
Brieger (Breslau): Thema vorbehalten.
Cohn (Königsberg): Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims.
Flatau (Berlin): Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.
Flatau (Berlin): Ein neues Laryngostroboskop.
Freese (Halle a. S.): Eine eigenartige Mund- und Rachenaffection.
Gerber (Königsberg): 1. Ueber Spirochäten in den oberen Luftwegen.
2. Das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken.
Gluck (Berlin): Kehlkopfoperationen bei chirurgischer Localtuberculose des Larynx.
Grünwald (München): Thema vorbehalten.
Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung der Stimme mit experimentell-phonetischen Methoden.
Hajek (Wien): Thema vorbehalten.
Hennig (Königsberg): Ueber Mischformen von Syphilis und Tuberculose, geheilt durch combinirte Behandlung im Seebade Cranz.
Hoffmann (Dresden): Ueber anatomische Verhältnisse, welche bei der Ueberleitung von Entzündungen aus den Nebenhöhlen der Nase auf die Orbita wichtig sind (Demonstrationen mit Epidiaskop).
Jaques Joseph (Berlin): Ueber Nasencorrecturen.
Jurasz (Lemberg): Beitrag zur Lehre vom Ictus laryngis.
Katzenstein (Berlin): Ueber Brust und Falsettstimme.
Kafemann (Königsberg): Ueber die Verwendungsmöglichkeiten der Elektrolyse im Anschluss an einen geheilten Fall von Epithelcarcinom der Basis cranii mit Demonstrationen.
von zur Mühlen (Riga): Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterung.
Ruprecht (Bremen): Die allgemeine Narkose bei Mandeloperationen.
Réthi (Wien): Ueber Septumoperationen.
Saenger (Magdeburg): Die Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Stimmstörungen.
Saenger (Magdeburg): Ein neu construirter Zerstäuber.
Max Senator (Berlin): Die Function des Kehlkopfes beim Schluckact.
Scheier (Berlin): Zur Physiologie des Schluckactes.
Streit (Königsberg): Operative Mittheilungen.
A. Thost (Hamburg): Ueber die Anwendung der Anilinfarben in der Rhino-Laryngologie.
Uffenorde (Göttingen): Orbitale Complicationen der Nebenhöhlenentzündungen.
Winkler (Bremen): Bewerthung der Röntgenbilder bei Nebenhöhlenerkrankungen.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Berlin, 30. August bis 2. September 1911.

Der Vorsitzende — B. Fränkel — und Schriftführer — A. Rosenberg — versenden die erste officielle Einladung zu dem im nächsten Jahre in Berlin stattfindenden III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

In der Einladung wird zunächst ein kurzer Ueberblick über die Vorgeschichte des Congresses, insbesondere auch über die Constitution und bisherige Thätigkeit des Internationalen Comités gegeben; sodann werden die Referate und Referenten mitgetheilt.

Wir glauben, da wir über diese Dinge unsere Leser bereits früher eingehend unterrichtet haben*), von ihrer nochmaligen Veröffentlichung an dieser Stelle absehen zu dürfen. Der Congress wird im Herrenhaus, das von seinem Präsidenten, Freihern von Manteuffel, freundlichst zur Verfügung gestellt worden ist, stattfinden.

Der Beitrag zu den Kosten des Congresses beträgt 25 Mark. Dieser Betrag ist an Herrn Geheimrath Dr. Schötz, Berlin W., Kurfürstendamm 22, durch Postanweisung einzusenden, der seinerzeit in Berlin gegen Vorzeigung der Quittung die Mitgliedskarte ausstellen wird. Ebenda werden die Damenkarten — im Preise von 10 Mark — ausgefolgt werden.

Anmeldungen zur Aussellung sind zu richten an Herrn Geheimrath Prof. Heymann, Berlin W., Lützowstr. 60.

Als Anhang zu der Einladung wird die Liste der Mitglieder des Ehrencomités und des Executivcomités mitgetheilt, die wir hier folgen lassen:

Ehrencomité
des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses
Berlin 1911.

Se. Excellenz, der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten v. Trott zu Solz.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Ministerialdirector Dr. Naumann.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Dr. Schmidt.
Wirklicher Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Schmidtmann.
Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Kirchner.
Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Dietrich.
Geheimer Medicinalrath, Herr Dr. Abel.
Se. Excellenz, Generalstabsarzt der Armee, Herr Prof. Dr. v. Schjerning.
Se. Excellenz, Herr Staatssecretär des Innern Dr. Delbrück.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Präsident Dr. Bumm.
Herr Oberbürgermeister Kirschner.
Herr Stadtrath, Geheimrath Dr. Strassmann.
Herr Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. Waldeyer.
Herr Generalconsul Eugen Landau.
Se. Excellenz, Wirklicher Geheimer Rath, Landesdirector v. Manteuffel, Präsident des Herrenhauses.
Se. Excellenz, Generalintendant der Königl. Schauspiele, Herr Graf von Hülsen-Häseler.
Se. Excellenz, Herr Kammerherr Baron v. d. Knesebeck.
Vorsitzender der Aerztekammer, Herr Geheimrath Dr. Stöter.

* * *

*) Cfr. Centralbl. 1909, S. 495. 1910, Ss. 46, 113, 204, 344.

Executivcomité
des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses
Berlin 1911.

*Herr Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. B. Fränkel, Vorsitzender.
*Herr Generalarzt Dr. Landgraf } stellvertretende Vorsitzende.
*Herr Geheimrath Prof. Dr. P. Heymann } stellvertretende Vorsitzende.
*Herr Prof. Dr. A. Rosenberg, Schriftführer.
*Herr Prof. Dr. Grabower, stellvertretender Schriftführer.
*Herr Geheimrath Dr. Schötz, Schatzmeister.
*Herr Prof. Dr. A. Kuttner.
*Herr Geheimrath Dr. Schwabach.
*Herr Prof. Dr. Gutzmann.
*Herr Prof. Dr. Baginsky.
*Herr Prof. Dr. Finder.
*Herr Sanitätsrath Dr. Musehold.
*Herr Sanitätsrath Dr. Hoffmann.
Herr Prof. Dr. Killian, Freiburg.
Herr Prof. Dr. Spiess, Frankfurt a. M.
Herr Dr. Blumenfeld, Wiesbaden.
Herr Sanitätsrath Dr. Hansberg, Dortmund.
Herr Prof. Dr. Seifert, Würzburg.
Herr Prof. Dr. Neumayer, München.
Herr Prof. Dr. Manasse, Strassburg.
Herr Dr. Winckler, Bremen.
Herr Sanitätsrath Dr. Thost, Hamburg.
Herr Prof. Dr. Friedrich, Kiel.
Herr Prof. Dr. Gerber, Königsberg.
Herr Prof. Dr. Hinsberg, Breslau.
Herr Prof. Dr. Freese, Halle.
Herr Dr. R. Hoffmann, Dresden.
Herr Staatsrath Geheimrath Prof. Dr. v. Bruns, Tübingen.

Die mit * versehenen Berliner Herren bilden den Arbeitsausschuss.

Personalnachrichten.

Dr. Desidér von Navratil hat sich in Budapest für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, October. 1910. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Eine Discussion über die neuen Fortschritte in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten der oberen Luftwege. (A symposium on the recent progress in knowledge and treatment of diseases of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 7. Mai 1910.*

Henry L. Swain. Nase und Nasennebenhöhlen. (Nose and accessory nasal sinuses.)

Verf. spricht über die Nase als Schutzorgan, über Ozaena, Heufieber, über die Fortschritte in der Kenntniss von der Anatomie der Nebenhöhlen und deren Behandlung.

2) **W. K. Simpson. Mundrachen und Nasenrachen. (Oro-pharynx and naso-pharynx.)**

Verf. erwähnt das Hays'sche Pharyngoskop, dem er grosse practische Bedeutung beilegt; er bespricht ferner die Vincent'sche Angina, rühmt die Anwendung von Calciumlactat zur Verhütung von Blutungen und wirft die Frage auf, ob eine regelrecht vorgenommene Tonsillotomie nicht ebenso gut sei, wie die durchschnittliche Tonsillectomie.

3) **Sidney Jankauer. Kehlkopf, Trachea und Bronchien. (The larynx, trachea and bronchi.)**

Verf. findet, dass die ursprünglich von Killian angegebene Beleuchtung mittels Stirnlampe am besten sei; für die directe Laryngoskopie rühmt er auch das Jackson'sche Instrumentarium als sehr bequem. Er erwähnt die neueren Methoden der intrathoracalen Chirurgie, ferner das primäre Sklerom des Larynx

und der Regio subglottica, das mittels Application von Röntgenstrahlen von der Tracheotomiewunde aus geheilt werden kann.

Harmon Smith wendet sich gegen die Anwendung von Kochsalzausspülungen der Nase oder Anwendung antiseptischer Lösungen daselbst, da durch Fortspülen des Schleims die Nase ihrer natürlichen Schutzmittel beraubt würde; er spricht dann über die conservative und radicale Behandlung der Nebenhöhlen, wobei er der ersteren das Wort redet. Er betrachtet es als einen Fehler, die submucöse Septumresection bei Kindern unter 14 Jahren vorzunehmen.

L. A. Coffin hält die Radicaloperation für das beste Mittel, um prompte und dauernde Resultate zu erzielen.

L. A. Frissell spricht über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen. Er unterscheidet: Locale Infectionen, die constitutionelle Störungen durch Resorption von Toxinen verursachen (z. B. Anginen) und Erkrankungen, die durch die Invasion von Bakterien in den Körper verursacht werden (z. B. Tuberculose und Sepsis).

Chas. A. Elsberg spricht über die Bedeutung der Bronchoskopie für die intrathoracale Chirurgie.

Emil Mayer sagt, dass sein Fall von Trachealsklerom, der durch wiederholte Einführung des bronchoskopischen Rohres augenscheinlich geheilt wurde, seines Wissens der erste derartige auf diese Weise behandelte war; Patient ist jetzt so tolerant geworden, dass das Bronchoskop in ein paar Secunden eingeführt werden kann.

Walter J. Chappell hat in den letzten Jahren zwei Fälle von Kehlkopfpapillomen gesehen, wo die Erkrankung unter völliger Stimmruhe zurückging.

EMIL MAYER.

4) **Jacobitz** und **Heinrich Kayser. Säurefeste Bacillen in Blasinstrumenten und ihre Bedeutung für die Diagnostik.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1910.*

Gelegentlich des Nachweises von Tuberkelbacillen bei einem erkrankten Trompeter untersuchten Autoren die Blasinstrumente (sowohl Metall- wie Holzinstrumente) mehrerer Militärkapellen und konnten in sämmtlichen Metallinstrumenten eine Ueberschwemmung der Innenauskleidung mit säurefesten, den Tuberkelbacillen ähnlichen Stäbchen nachweisen, die jedoch die weiteren Züchtungs- und Impfversuche als sicher nicht tuberculöser Natur erwiesen. Die gleichen säurefesten Bacillen konnten auch in Holzinstrumenten, aber viel spärlicher wie in den Metall-Blasinstrumenten nachgewiesen werden. Ebenso liessen sich auch im Mundspeichel und ausgehusteten Rachenschleim der Blasenden wiederholt solche säurefesten Bacillen nachweisen, welche sicher keine Tuberkelbacillen waren. Ueber Biologie und Herkunft der Bacillen sind Autoren noch zu keiner Klarheit gekommen. Jedenfalls ist im Hinblick auf diese Befunde bei diagnostischen Schlüssen auf Grund des mikroskopischen Bildes Vorsicht am Platze, um diagnostische Irrthümer und Fehlschlüsse zu vermeiden. Nur der Thierversuch kann in solchen Fällen die Diagnose sichern.

HECHT.

5) **Eduard Holman Skinner. Die Röntgenstrahlen für die Diagnose von Störungen in Auge, Ohr, Nase und Hals. (The possibilities of the x-ray in the diagnosis of eye, ear, nose and throat disturbances.)** *Journal Missouri State Medical Association. Juni 1910.*

Verf. erörtert die verschiedenen Möglichkeiten der diagnostischen Anwendung der Röntgenstrahlen auf den betreffenden Gebieten. EMIL MAYER.

6) **J. S. Bruske** (Amsterdam). **Trigeminusneuralgie. Meine Erfahrungen mit der Alkoholtherapie. (Trigeminusneuralgie. Mijn ervaringen mot de alcoholtherapie.)** *Handelinger Nederl. Taudheelk. Congres, Amsterdam. S. 61. 1910.*

Die Diagnose reiner Quintusneuralgie kann erst nach Ausschluss einer oft vorhandenen dentalen Ursache gestellt werden. B. hat in 40 Fällen von Neuralgie des II. und III. Trigeminusastes periphere Alkoholinjectionen angewendet mit fast immer ausgezeichneten Resultaten. Nach sorgfältiger Localisation des afficirten Nervenastes wird von einer auf 55° C. erhitzten 90proc. Alkohollösung 1 ccm injicirt. Die Nadel wird in das Zahnfleisch eingestochen in der Richtung des Austrittspunktes des Nerven aus dem Knochen. Für den II. Ast oberhalb des zweiten Prämolars nach dem Foramen orbitale oder hinter der Tuberositas maxillaris in der Richtung des Foramen maxillare superius (N. alveol. sup. post.); für den III. Ast nach dem Foramen mentale, oder zum Foramen palatinum majus, palatinal vom zweiten oberen Molarzahne oder auch im Zahnfleisch der lingualen Seite des Unterkiefers am Sulcus myohyoideus, für die Verästelung des N. lingualis.

Die Injection ist ziemlich schmerzhaft. Es folgt ein Oedem, das 4 Tage bis 3 Wochen anhält. In der Mehrzahl der Fälle ist der Schmerz unmittelbar nach der Einspritzung verschwunden und hat einer Ertäubungsempfindung Platz gemacht. Einige Patienten haben während einiger bis 8 Tage eine schmerzhafte Reaction, welche von absoluter Schmerzlosigkeit gefolgt ist. H. BURGER.

7) **H. K. Offerhaus** (Groningen). **Die Behandlung von Neuralgien mit Einspritzungen und die Technik dieser Einspritzungen in die Trigeminusstämme und das Ganglion Gasseri. (De behandeling van newralgieën met inspuitingen en de techniek dezer inspuitingen in de trigeminusstammen en het ganglion Gasseri.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1910.*

Auf genauen Schädelmessungen sich stützende sorgfältige Arbeit über die Technik der tiefen Einspritzungen bei Trigeminusneuralgie. Für die Praxis räth O., mit der Einspritzung einiger Tropfen 80proc. Alkohols in die peripheren Foramina anzufangen. Bleibt der Erfolg aus, so gehe man zu tiefen Einspritzungen über. Localanästhesie genügt dabei vollständig. H. BURGER.

8) **A. Martin. Ein Fall von Aktinomykose beim Menschen. (Un caso de actinomicosis humana.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la garganta. No. 16. 1909.*

30jähriger junger Mann mit prälaryngealen und prätrachealen Abscessen, die seit 3 Monaten bestanden und sich zeitweise öffneten und wieder schlossen, ohne dass Schmerz, aber auch ohne dass Tendenz zur Besserung bestanden hätte.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab Aktinomykose. Auskratzung der Abscesse; Jodkali; Heilung. TAPIA.

9) **Victor Veau** und **Eug. Olivier. Die Abtragung der Thymus. (L'ablation du thymus.)** *Presse Médicale. No. 29. 1910.*

Die Autoren empfehlen ausschliesslich die intracapsuläre Ausschälung der Thymus und verwerfen alle anderen Operationsmethoden entweder als überflüssig und complicirend, z. B. die Exothymopexie, oder als unzureichend, wie die blosse Resection des Manubrium sterni. Die allgemeine Narkose ist ohne jeden Zwischenfall in den vier Fällen der Autoren vorgenommen worden. Die Operation ist gegen alles Erwarten leicht und ohne besondere Störung des Allgemeinzustandes ausführbar. Was die endgültigen Resultate anlangt, scheint die Abtragung der Thymus ohne schädliche Wirkung auf die Entwickelung zu sein. Folgt die Besprechung der Technik. LAUTMANN.

10) **D'Oelsnitz. Die klinischen Zeichen der Thymushypertrophie. (Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus.)** *Presse Médicale. No. 29. 1910.*

Die functionellen Symptome der Hypertrophie der Thymus sind hauptsächlich durch eine permanente Dyspnoe, die mit Cyanose einhergeht, charakterisirt. Von Zeit zu Zeit gesellen sich suffocatorische Anfälle hinzu. Hingegen sind der Glottisspasmus, die Laryngitis stridulosa und der Stridor laryngis von der Anschwellung der Thymus vollständig unabhängig. Die Inspection und Palpation der oberen Thoraxgegend gestattet, wahrscheinlich in allen Fällen, eine Auftreibung zu constatiren. Diese Auftreibung ist einseitig und occupirt die Gegend der Rippenknorpel, wenngleich Myers auch eine Auftreibung des Manubrium sterni beschrieben hat. Die radiologische Untersuchung ist sehr werthvoll. Der von der Thymus herrührende Schatten deckt sich stets mit der Gegend der Auftreibung. D'Oelsnitz spricht nicht von anderen, durch die Modification der inneren Secretion der Thymus herrührenden Störungen. Es scheint, dass der Thymus eine solche innere Secretion entweder gar nicht oder doch nur in sehr beschränktem Maasse zukommt. Damit decken sich auch die Resultate, die Lucien und Parisol im Thierexperiment gefunden haben (Lucien und Parisol, Arch. de méd. expérim. 1910. Vol. XXII. No. 1. p. 98). Die Diagnose der hypertrophischen Thymus ist schwer. Es muss nach derselben in jedem Falle von respiratorischer Störung beim Kinde gefahndet werden. LAUTMANN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Meyjes** (Amsterdam). **Nasenleiden als Folge von Hyperacidität des Blutes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 581.*

Da M. die Rhinitis vasomotoria fast durchwegs nur bei Patienten der besseren Stände fand, so kam er auf den Gedanken, dass die Ursache der erhöhten Reizbarkeit der Nasenschleimhaut in zu reichlicher und einseitiger Nahrung liege. Alle seine Patienten mit Rhinitis vasomotoria hatten stark sauren Harn.

Verf. bestimmte nun bei 10 Männern und 11 Frauen, die alle an Rhinitis vasomotoria litten, den Säuregrad des Urins nach der Methode Nägeli-Schit-

tenhelm-Folin und fand durchwegs einen abnorm hohen Säuregehalt. Bei Regulirung der Diät sank der Säuregrad und war nach 3—4 Wochen eine Besserung des Nasenleidens zu constatiren. OPPIKOFER.

12) **Greenfield Sluder. Die Relle des Ganglion sphenopalatinum bei nasalen Kopfschmerzen. (The role of the sphenopalatine Ganglion in nasal headaches.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Mai 1908.*

Die enge nachbarliche Beziehung des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen und der äusseren Nasenwand legt die Annahme nahe von der Möglichkeit, dass es bei Entzündungen dieser Theile secundär in Mitleidenschaft gezogen wird. Auch stimmt die Vertheilung der Nervenfortsätze dieses Ganglions genau überein mit vielen von den Stellen, an die die Patienten ihre Schmerzen localisiren.

Verf. fand, dass die Lage des Ganglions wechselt: bisweilen liegt es tiefer, bisweilen oberflächlicher zu der äusseren Wand der Nase; bisweilen in enger Beziehung zur Spitze der Highmorshöhle, bisweilen nahe der Keilbeinhöhle, bisweilen nahe zum hinteren Siebbeinlabyrinth; bisweilen höher, bisweilen tiefer.

Verf. anästhesirte das Ganglion oder versuchte es wenigstens, indem er einen ganz kleinen Wattetampon, der einen Tropfen 20 proc. Cocainlösung enthielt, genau hinter das hintere Ende der mittleren Muschel legte. Er fand, dass bei manchen Patienten alle Beschwerden völlig verschwanden, bei anderen wurden alle Symptome beseitigt, bis auf Schmerzen im Nacken, bei anderen versagte es. Die verschiedene Wirkung erklärt Verf. durch die verschiedene Lage des Ganglion. Bei 9 von 10 Fällen brachte eiue Aetzung mit 2 proc. Argentum- oder $^1/_2$ proc. Formaldehydlösung Verschwinden oder Nachlassen der Schmerzen. LEFFERTS.

13) **Greenfield Sluder. Die anatomischen und klinischen Beziehungen des Meckel'schen Ganglion sphenopalatinum zur Nase und ihren Nebenhöhlen. (The anatomical and clinical relations of the sphenopalatine [Meckel's] ganglion to the nose and its accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Der Inhalt des werthvollen, dnrch Abbildungen erläuterten Artikels ist im Titel enthalten. LEFFERTS.

14) **Arthur J. Weil. Nasale Ursachen für Kopfschmerzen. (Nasal causes of headaches.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Mai 1909.*

Verf. theilt die Nasenkrankheiten, durch die Kopfschmerzen verursacht werden, in drei Gruppen: erstens diejenigen Affectionen, durch die Behinderung der Nasenathmung bedingt wird, zweitens in Zustände, bei denen ein Theil des Naseninnern gegen den anderen einen Druck ausübt und drittens die Nebenhöhlenaffectionen. EMIL MAYER.

15) **W. Freudenthal** (New York). **Die intracraniellen Complicationen nasalen Ursprungs.** (Vortrag auf dem Internationalen medicinischen Congress in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. giebt die Mittheilung mehrerer Fälle, die intracranielle Complicationen vor der Operation zeigten:

1. Acutes Empyem des Sinus frontalis; diffuse eitrige Erkrankung des Frontallappens; späte Operation. Exitus letalis.

2. Sinusitis frontalis nach Influenza. Extradurale Eiteransammlung. Abscess des Frontallappens. Heilung nach Operation.

3. Acutes Empyem des Sinus sphenoidalis, Uebergreifen auf die anderen Nebenhöhlen und Abscess des Schläfenlappens (und des Frontallappens?). Operation. Section nicht gestattet.

4. Regionäre Metastase, vom Sinus frontalis (und sphenoidalis?) ausgehend. Operation. Anfänglich Besserung, später Exitus.

Im zweiten Theil der Arbeit werden Fälle intracranieller Complicationen beschrieben, die nach der Radicaloperation auftraten.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

16) **Wolff Freudenthal. Endocranielle Complicationen nasalen Ursprungs. (Endocranial complications of nasal origin.)** *The Laryngoscope. Januar 1910.*

Verf. berichtet über seine persönlichen Erfahrungen, vier Fälle von cerebralen Erkrankungen nasalen Ursprungs und zwei Fälle von postoperativer Infection. (Vorgetragen auf dem Internationalen Congress, cfr. Centralblatt dieser Band, S. 423.)

Wenn von der ersten Serie von vier Fällen nur einer durch Operation gerettet werden konnte, so liegt dies zum Theil daran, dass diese Fälle zu spät in Behandlung kamen; Verf. erwartet bessere Resultate für die Zukunft, wenn man mehr Erfahrungen auf diesem Gebiete gesammelt haben wird. EMIL MAYER.

17) **Ross Hall Skillern. Die Bedeutung der rhinologischen Untersuchung in allen Fällen von Meningitis zweifelhaften Ursprungs. (The importance of rhinological examination in all cases of Meningitis of doubtful origin.)** *The Pennsylvania Medical Journal. August 1909.*

Verf. bezeichnet als prädisponirende Ursache congenitale Defecte in den knöchernen Sinuswandungen; als excitirende Ursachen bezeichnet er: Verschluss des Abflusses aus der Höhle; besondere Virulenz des infectiösen Materials. Er bespricht dann diese Ursachen und den Entstehungsmodus der nasalen Meningitis im Einzelnen. EMIL MAYER.

18) **L. Bloch. Polypen als Prothese. (Polipi w katschestwe protesa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 5. 1909.*

Nasenpolypen lagerten sich in die Perforationsöffnung des harten Gaumens, wodurch die Sprache wenig alterirt wurde. P. HELLAT.

19) **Moure** und **Pierre-Nadal. Die Osteo-Chondrome der Nasenhöhlen. (Des ostéo-chondromes des fosses nasales.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 18. 1910.*

Klinisch machte der Tumor des 40jährigen Mannes den Eindruck eines Sarkoms. Die mikroskopische Untersuchung, die den wesentlichen Theil des Aufsatzes ausmacht, zeigte, dass es sich um einen Mischtumor handelte, der aus Knorpel- und Knochensubstanz besteht. Die Autoren möchten für solche Tumoren den Namen Skeletom vorschlagen, um anzuzeigen, dass der Tumor die verschie-

denen Elemente des Skelettes nachahmt. Auch unter diesen Skeletomen würden noch Unterabtheilungen nothwendig werden, je nachdem die Natur des knöchernen oder knorpeligen Antheils deutlich erkennbar ist oder nicht. Es scheint, dass die Osteochondrome der Nase grosse Seltenheiten sind und in absteigender Häufigkeit ihren Ursprung dem Septum, den Oberkieferknochen und dem Siebbein verdanken. Die relative Gutartigkeit dieser Tumoren ist schon vielmals hervorgehoben worden. Auch der Fall der Autoren ist $1^1/_2$ Jahre nach der Operation noch nicht recidivirt. Es ist nun wichtiger, auf die Gutartigkeit dieser Tumoren aufmerksam zu machen, da sie zur Zeit der klinischen Beobachtung manchmal gar leicht zur Stellung einer üblen Prognose verleiten, was sich später nicht bewahrheitet.

LAUTMANN.

20) **O. Uffreduzzi. Endothelioma lymphaticum der Nasenhöhle. (Endotelioma linfatico del cavo nasale.)** *Clinica Chirurgica. 1909.*

Verf. betont die Seltenheit dieser Fälle, giebt einen Ueberblick über die bisher berichteten und theilt folgenden Fall eigener Beobachtung mit:

Ein 16jähriger junger Mann leidet seit 7 Jahren an recidivirenden rechtsseitigen Nasenpolypen, die verschiedentlich extrahirt worden waren. Schliesslich fand sich bei ihm in der rechten Nase ein grau-röthlicher, blutender, theilweise ulcerirter Tumor in Höhe der mittleren Muschel; er war gestielt und inserirte dem Periost der Lamina cribrosa des Siebbeins. Patient wurde radical von aussen operirt und geheilt.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor von alveolärer und tubulöser Structur; in den mit Geschwulstelementen gefüllten Alveolen finden sich Stellen mit hyaliner Degeneration; die Elemente selbst haben die Neigung, sich in der Nachbarschaft des Stromas in Schichten anzuordnen und abzuplatten und sind jenem intim adhärent. Es besteht Neigung zu localem Recidiv und Invasion der Nachbargewebe; keine Ausbreitung auf die regionären Lymphorgane. CALAMIDA.

21) **L. Katz** (Kaiserlautern). **Ueber das endonasale Carcinom. (Mit Betrachtungen über das Wachsthum epithelialer Elemente in der Nase.)** *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 1. 1910.*

Carcinome der Nasenschleimhaut sind selten. Diese Thatsache erklärt sich K. durch den Umstand, dass die Nasenschleimhaut reich an adenoidem Gewebe ist: alle diejenigen Körperorgane, die reichlich adenoides Gewebe enthalten, wie Nasenschleimhaut, Milz, Dünndarm, Lymphdrüsen, Tonsillen, sind nur höchst ausnahmsweise der Sitz eines primären Carcinoms.

Die Carcinome des Naseninnern haben nur geringe Tendenz zur Metastasenbildung. Die Lymphbahnen haben, wie aus den Untersuchungen von Most hervorgeht, einen relativ weiten Weg bis zu ihrem Drüsengebiet. Zudem ist das Drüsengebiet ziemlich versteckt und der Palpation wenig zugänglich. Die geringe Neigung zur Metastasenbildung glaubt sich aber K. hauptsächlich durch die örtlichen Verhältnisse erklären zu müssen: das Wachsthum des endonasalen Carcinoms ist vorerst ein expansives und weniger ein infiltratives. Durch Eindringen in lebenswichtige Organe tritt der Tod ein, bevor die Geschwulstmassen durch die sich mehrenden Widerstände in die Lymphbahnen gedrängt werden.

Bei einer 53jährigen Frau beobachtete Verf. ein Hautcarcinom des Nasenrückens mit Infiltration ins Naseninnere und ein Carcinom der rechten unteren Muschel. Der Hautkrebs und das Muschelcarcinom erwiesen sich als Basalzellenkrebs. K. fasst das Carcinom der unteren Muschel auf als seltenen Fall eines secundären, nicht metastatischen Carcinomes, als sog. Abklatschcarcinom. Trotz der Gründe, die Verf. angiebt, erscheint dem Referenten doch die Annahme, die auch der Autor in Betracht zieht, näherliegend, dass das Carcinom des Nasenflügels per continuitatem in die untere Muschel hineingewachsen ist.

OPPIKOFER.

22) **J. Price-Brown. Einige neue Fälle von Nasensarkom; eine Ergänzung einer früheren Arbeit. (Some recent cases of nasal sarcoma, submitted as a corollary to a former paper upon the same subject.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1909.

EMIL MAYER.

23) **D. J. Gibb Wishart. Maligne Nasenkrankheit. (Malignant disease of the nose.)** *The Canada Lancet. August 1909.*

Was die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s anbelangt, so war in seinen Fällen — vier Sarkome, ein Carcinom und ein pathologisch-anatomisch bisher nicht identificirter Tumor, der aber auch ein Sarkom sein dürfte — einmal die Möglichkeit gleichzeitiger Syphilis gegeben. Die Annahme, dass gewöhnliche Nasenpolypen infolge wiederholter operativer Eingriffe eine maligne Umwandlung eingehen könnten, kann nur für einen Fall zutreffen, jedoch stellt sie Verf. auch da in Abrede. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 41 Jahre.

EMIL MAYER.

24) **J. Price-Brown. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Januar 1910.*

Der Tumor entsteht nach den Erfahrungen des Verf.'s meist in den Weichtheilen und ist gestielt; Recidive treten in der Region des Stieles auf.

EMIL MAYER.

25) **G. Paludetti. Nasensarkom bei einem dreijährigen Mädchen. (Sarcoma nasale in bambina di tre anni.)** *Arch. Ital. Otol. No. 4. Vol. XXI.*

Das Sarkom hatte seinen Ausgangspunkt wahrscheinlich in der linken Nasenhöhle, war nacheinander in die Nebenhöhlen, die Schädelbasis hineingewachsen und hatte zur Bildung metastatischer Herde in den Cervicalganglien geführt.

Bemerkenswerth ist die grosse Rapidität der Entwickelung der Geschwulst, die ein wenig mehr als $1^1/_2$ Monate seit dem Auftreten der ersten Erscheinungen zum Tode führte.

CALAMIDA.

26) **George J. Ross. Myxosarkom der Nase bei einem dreijährigen Kind. (Nasal myxosarcoma in a child of three years.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Der Tumor wurde in Allgemeinnarkose mit Scheere und Elektrokauter ent-

fernt. Es fand sich, dass er diffus dem Septum an der Grenze zwischem dem knorpeligen und knöchernen Bestandtheil aufsass. Nach zwei Wochen Recidiv; dieses wurde wieder entfernt und dies wiederholte sich fünfmal, wobei jedes Recidiv kleiner wurde, als das vorhergehende. EMIL MAYER.

27) **Robert Sonnenschein** (Chicago). **Ein langdauernder Fall von Sarcoma nasi.** (Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten zu Königsberg i. Pr.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 528.*

Es handelt sich histologisch um die bösartigste der Sarkomformen: das kleinzellige Rundzellensarkom. Der Ausgangspunkt ist das Septum. Das seltene wie räthselhafte Verhalten liegt darin, dass die Geschwulst, durch entsprechende Eingriffe in Schranken gehalten, 11 Jahre hindurch weder dem befallenen Organ, noch dem Gesammtorganismus etwas besonderes anhaben konnte. Erst jetzt, am Beginn des zwölften Jahres, beginnt ein rapideres Wachsthum.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **James Wayson** und **A. C. Reinecke.** **Eine Palliativbehandlung gegen lepröse Rhinitis. (A palliative treatment for leprous rhinitis.)** *Annals Medical Practitioner. Januar 1910.*

Epistaxis und Nasenverstopfung begegnet man bei zwei Dritteln der in Hawaii behandelten Leprösen. Verf. empfiehlt die Anwendung eines Sprays von Osatozon und Chloreton in Petrolat. liquid, unter dessen Anwendung die Geschwüre am Septum heilen, die Leprabacillen im Nasensecret sich an Zahl vermindern oder verschwinden sollen. EMIL MAYER.

29) **Walter R. Brinckerhoff** und **W. L. Moore.** **Die Bedeutung der Nasensecretionen für die Diagnose der Lepra. (The significance of the nasal secretions in the diagnosis of leprosy.)** *N. Y. Medical Record. 20. September 1909.*

Verff. haben bei ihren Untersuchungen folgende Fragen sich zur Beantwortung gestellt: 1. Kann die systematische Untersuchung des Nasenseptums und des Nasensecrets Fälle von Lepra aufdecken, die durch andere Untersuchungsmethoden nicht aufgefunden wurden? 2. Wenn ein Fall von Lepra im Frühstadium unter Beobachtung ist, kann behauptet werden, dass dieser Fall durch Untersuchung des Nasenseptums und der Nasensecrete allein hätte entdeckt werden können? Die Untersuchungen der Verff. stützen sich auf die in sieben öffentlichen Anstalten in Hawaii an 467 Eingeborenen gemachten Beobachtungen. Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verff. gelangen, sei Folgendes hervorgehoben: Wenn eine vollständige physikalische Untersuchung aller Individuen einer auf Lepra verdächtigen Klasse nicht durchführbar ist, dann kann die Untersuchung des Nasenseptums und der Nasensecrete insofern sich werthvoll erweisen, als dadurch die Erkennung des am meisten gefährlichen Krankheitstypus ermöglicht wird, wenn auch nicht alle Fälle der Erkrankung bei den beobachteten Individuen dadurch aufgedeckt werden können. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

30) **M. M. Wolff** (Herzogenbusch). **Demonstration eines Schädel-Röntgenogramms eines Neugeborenen mit Ankylose des Kiefergelenkes.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 888. 1910.*

Das Kind war bei der Aufnahme $2^1/_2$ Monat alt. Es war gut entwickelt, nur konnte es den Mund nicht öffnen; die normal gebildeten Kiefer waren fest verschlossen. Es gelang, die Mundöffnung etwas zu dilatiren. Das Röntgenogramm zeigt deutlich die Ankylose; man sieht nicht die Spur eines Gelenkes.

H. BURGER.

31) **Pachouski. Glossitis papillosa acuta. (Guzkowe ostre zapalenie jezyka.)** *Przeglad lekarski. No. 14. 1910.*

Bei einer 28jährigen Frau stellten sich seit einigen Tagen dauerndes Frösteln und progressive Schlingbeschwerden ein, welche schliesslich eine vollständige Dysphagie darstellten. Bei der Untersuchung der Zunge wurde Oedem wahrgenommen, auch auf der dorsalen Fläche zahlreiche graugelbe, schmerzlose, harte Knötchen von Bohnengrösse nachgewiesen. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde Reincultur des Staphylococcus pyogenes aureus festgestellt. Nach zweiwöchiger, fast indifferenter Behandlung verschwand die Schwellung wie auch die oben beschriebenen Knötchen. Am ersten Tage bestand Fieber (bis 38°), welches ebenfalls nach einigen Tagen verschwand. Die Patientin genas.

A. v. SOKOLOWSKI.

32) **Gautz. Ein Fall von Glossomycosis benigna. (Przypadek grzybicy lagodnej jezyka.)** *Medycyna. No. 26. 1910.*

Verf. beschreibt einen Fall von Mycosis linguae, der bisher angeblich in der Literatur noch nicht beschrieben wurde. Verf. fand bei einer 30jährigen Frau, welche seit einigen Wochen über Schlingbeschwerden und bedeutenden Speichelausfluss klagte, auf der Zunge, und zwar auf deren rechten Seite, einen weissen, einige Millimeter dicken Belag, der an der Zunge ziemlich fest anhaftete. Das Abschaben des Belages ging schwer vor sich und war schmerzhaft. In den übrigen Organen des oberen Respirationstractus bestanden keine nachweisbaren Veränderungen.

Die Kranke fieberte nicht. Die Behandlung bestand in Beseitigung des Belages mittels Scheere, Bepinselung mit Jodvasogen und Gurgeln mit H_2O_2. Impfung des Belages auf Glycerinagar fiel negativ aus; die mikroskopische Untersuchung ergab dagegen typischen Lepthotrix und ein Pilzgewebe, das aus radial verlaufenden Fäden ohne Verdickung an ihren Enden bestand. Das Pilzgewebe färbte sich nicht nach der Methode Gram's, wodurch es sich von der Aktinomykose unterschied.

Verf. schlägt für das von ihm beschriebene Leiden den Namen „Glossomycosis benigna“ vor.

A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Chas. S. Potte. Ein Fall von Tic der Zunge. (A case of tic of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 22. Januar 1910.*

Patient hatte vor 20 Jahren eine Hauterkrankung in der Nähe des Mundes;

um sich Erleichterung zu verschaffen, begann er die Zunge herauszustrecken. Allmählich wurde dies zur Gewohnheit, und jetzt bestehen Anfälle, in denen Patient aus einem unwiderstehlichen Drang den Mund weit öffnet und die Zunge so weit wie möglich herausstreckt. EMIL MAYER.

34) **Friedrich Hanszel** (Wien). **Angeborene cystische Erweiterung des Ductus thyreoglossus.** *Mit 1 Figur. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 4. 1910.*

Mittheilung eines Falles von „cystischer Erweiterung des persistirenden Ductus thyreoideus und mit ihm communicirend gleichzeitig auch cystischer Erweiterung einer der seitlichen Verzweigungen des Ductus lingualis“, die zu einer circa walnussgrossen, median gelegenen Geschwulst aussen am Halse in der Gegend des Zungenbeines und der oberen Incisur des Schildknorpels, sowie zu einer etwa hühnereigrossen Geschwulst im linken Hypopharynx führten. Der Tumor hatte Sprach- und Athemstörungen im Gefolge. Operation von aussen führte zur Heilung. Mittheilung des bakteriologischen Befundes des exstirpirten Cystensackes. Der Tumor machte sich nach einem Partus bemerkbar und nahm anschliessend an einen zweiten Partus an Grösse zu, wohl als Folge innerer Blutungen infolge des starken Pressens, mit consecutiven Entzündungsvorgängen bezw. cystischer Erweiterung. Anschliessend entwickelungsgeschichtliche und histologische Erörterungen. HECHT.

35) **M. Leuler. Ueber die Strumen am Zungengrund. (Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue.)** *Dissert. Paris 1909.*

Verf. hat 41 Fälle von Zungenstruma aus der Litteratur zusammengestellt und theilt zwei eigene Beobachtungen aus der Klinik von Sébileau mit.

Bei dem ersten Falle (14jährige Patientin) wurde die Zungenstruma von Kirschgrösse zufällig bei der laryngologischen Untersuchung entdeckt. Bei der zweiten Beobachtung (18jährige Patientin) führte die taubeneigrosse Struma am Zungengrund verschiedene Male zu Blutungen. Eine mikroskopische Untersuchung wurde bei beiden Fällen nicht vorgenommen und ein operativer Eingriff war wegen der geringen Beschwerden auch im zweiten Falle nicht nothwendig. Bei beiden Patienten fehlte die Schilddrüse und bestand Myxödem, das ohne wesentlichen Erfolg mit Schilddrüsentabletten behandelt wurde. OPPIKOFER.

36) **J. Brunel. Die Behandlung des Zungenkrebses und ihre Resultate. (Le traitement du cancer de la langue et ses résultats.)** *Dissert. Montpellier 1908.*

B. zählt vorerst die verschiedenen Operationsmethoden des Zungenkrebses auf und bespricht dann ihre Gefahren: die Mortalitätsziffer schwankt in den zahlreichen Statistiken in weiten Grenzen; sie beträgt durchschnittlich 12 pCt. Auch die Procentzahl der Dauerheilungen wird von den verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben; sie bewegt sich nach den Statistiken, die B. zusammengestellt hat, zwischen 3,8 und 33,3 pCt., durchschnittlich 18—20 pCt. Dauerheilungen. OPPIKOFER.

37) **P. Reclus** (Paris). **Einfaches Verfahren zur Abtragung von Zungenkrebsen. (Procédé simple pour l'ablation des cancers de la langue)** *Gazette des Hôpitaux. 10. März 1910.*

Es handelt sich bei den Ausführungen des Verf.'s nur um kleine, umschriebene Carcinome, die weder die Gaumenbögen noch den Mundboden mit ergriffen haben. Verf. benutzt einfach die Cocainanästhesie. Die Originalität des Verfahrens besteht in der Art der Blutstillung. Diese wird dadurch erzielt, dass auf die Zunge mittels zweier in ihre Spitze eingeführter Fäden ein starker Zug ausgeübt wird und dass die durchschnittenen Theile sofort durch Naht vereinigt werden.

GONTIER de la ROCHE.

38) **Sanchez Calvo. Stein des Wharton'schen Ganges. (Calculo del canal de Wharton.)** *Boletin de Laringologia etc. Juli-August 1909.*

Der Stein hatte die Grösse einer Nuss.

TAPIA.

39) **George J. Welch. Speichelsteine. (Salivary calculi.)** *N. Y. Medical Record. 26. März 1910.*

W. berichtet über einen Fall, in dem ein Speichelstein in dem Ductus Whartonianus zuerst für ein inoperables Carcinom gehalten wurde. Wahrscheinlich hatte der Druck einer Zahnplatte auf den Mundboden zu einer Cellulitis geführt, durch welche die Ausführungsgänge der Drüse verschlossen wurden.

EMIL MAYER.

40) **Isabella C. Herb. Experimentelle Parotitis. (Experimental Parotitis.)** *The Archives of Internal Medicine. 15. September 1909.*

In einem Fall von Mumps wurde ein Diplococcus isolirt, der dem von Laveran und Catlin beschriebenen entsprach. Injectionen dieses Mikroorganismus in den Ductus Stenonianus von Hunden und Affen bewirkten eine diffuse nicht eitrige Parotitis.

EMIL MAYER.

41) **C. H. Mc Kenna** und **D. J. Davis. Chronische eitrige Parotitis, verursacht durch den Streptococcus mucosus capsulatus. (Chronic suppurative Parotitis caused by the Streptococcus mucosus capsulatus.)** *Journal American Medical Association. 1. Januar 1909.*

Da die Schwellung den Eindruck machte, als ob es sich um Sarkom handele, so wurde zur mikroskopischen Untersuchung ein Stück entfernt; dabei entleerte sich aus der Tiefe der Drüse etwas Eiter. Culturen ergaben eine Reincultur des Streptococcus mucosus capsulatus.

EMIL MAYER.

42) **J. Garland Sherill. Tumor der Parotis. (Tumor of the parotid gland.)** *Kentucky Medical Journal. 15. October 1909.*

36jähriger Mann, der vor 10 Jahren ein kleines Knötchen hinter dem rechten Kieferwinkel hatte; vor 4 Jahren hatte es die Grösse eines Eies erreicht und wurde entfernt. Ein Recidiv wurde mit Röntgenstrahlen behandelt, erreichte aber trotzdem die Grösse einer Cocusnuss. Untersuchung ergab, dass die Geschwulst den Gaumen nach vorne und die seitliche Pharyxwand nach innen vorwölbte; nochmalige Entfernung des Tumors zugleich mit allen Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

43) **George B. Wood. Einige Gedanken über die Pathologie der acuten Tonsillitis. (A few thougts concerning the pathology of acute Tonsillitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Verf. unterscheidet vom pathologischen Standpunkt aus drei Typen von acuter Tonsillitis: Eine proliferirende Form mit Zunahme in fast allen zelligen Elementen der Tonsille; eine lacunäre Form, bei der sich die schwersten Veränderungen finden, und eine eitrige Form mit Abscessbildung. Diese verschiedenen Formen sind im Allgemeinen mit einander vergesellschaftet, doch kann jede von ihnen prädisponiren.

EMIL MAYER.

44) **R. H. Good. Frühimmunisirung, die wesentliche Function der Tonsille. (Early immunization the essential function of the tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei Kindern unter 3 Jahren mit Rücksicht auf die immunisirende Function der Tonsillen nur ein Theil entfernt werden darf, dass nur erkrankte Tonsillen enucleirt werden sollen, denn wenn eine Tonsille pathologisch geworden ist, so wird ihre Function verändert und sie wird zur Eingangspforte für Allgemeininfectionen.

EMIL MAYER.

45) **Jonathan Wright. Ein Resumé über einige Arbeiten, betreffend die Infection durch die Tonsillarkrypten. (A resumé of some work on infection through the tonsillar crypts.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Das Experiment hat es evident erscheinen lassen, dass eine Art Gleichgewicht besteht zwischen dem Epithel der Krypten und den mit ihm in Contact kommenden fremden Stoffen, wenn diese protoplasmatischer Natur sind. Die Erscheinung, dass Staub, der über eine Lage von Bakterien auf dem Epithel verstreut wird, durch jene und durch das Epithel hindurch zu dem darunter gelegenen lymphatischen Gewebe gelangt, ohne irgend welche Keime von gleicher oder geringerer Grösse mit sich zu führen, ist sehr auffallend. Es sind auch Experimente mit fettigen Substanzen angestellt worden. Es trat prompte Verseifung und Resorption ein als Resorption von Staub. Man sah, dass weder Staub noch Bakterien in andere Zellen als Epithelien und Leukocyten eindrangen, wenigstens nicht bis tief in das Gewebe hinein. Andererseits constatirte man, dass Oelkügelchen, so gross wie Kokken, innerhalb aller Zellen dicht neben dem Kern lagen. Bakterien dringen in Verbindung mit öligen Substanzen da ein, wo sie in Gemeinschaft mit anderen Substanzen nicht eindringen. Verf. erörtert eingehend die Theorien der elektrodynamischen und chemisch-physikalischen Gesetze und schliesst, dass die Vorgänge in den Tonsillen ebenso wie die Vorgänge in anderen Theilen des Körpers auf diesem Wege erklärt werden können.

EMIL MAYER.

46) **T. E. Gleason. Technik der Entfernung der Tonsille in ihrer Kapsel. (Technique of removal of the tonsil in capsule.)** *Detroit Medical Journal. September 1909.*

Verf. beschreibt ausführlich sein Instrumentarium und die von ihm geübte Technik der Operation.

EMIL MAYER.

47) J. David Davis. **Experimentelle Studie über die aus den Tonsillen isolirten Bakterien. (Experimental study of bacteria isolated from tonsils.)** *Journal American Medical Association. 2. Juli 1910.*

Es wurden die Tonsillen von 45 Patienten untersucht. Verf. giebt eine genaue Schilderung der dabei befolgten Technik. In fast allen Fällen ergab sich fast eine Reincultur von Streptococcus pyogenes aus den Krypten, und zwar ohne Rücksicht auf den klinischen Zustand des Patienten. Auf der Oberfläche der Tonsillen dagegen herrschte die Pneumokokkengruppe vor; Streptokokken fanden sich gleichfalls in vielen Fällen, jedoch in relativ geringer Zahl, und dies auch dann, wenn sie in den Krypten sehr zahlreich vorhanden waren. Anaerobe Culturen ergaben in der Regel wenig Organismen und keiner von diesen fand sich constant oder erschien von Bedeutung. In zwei Fällen wurde eine Reincultur von Staphylococcus albus aus den Krypten erzielt. In einem Falle von recidivirender Tonsillitis, in dem die letzte Erkrankung 4 Wochen zurücklag, ergaben Culturen aus den Krypten fast eine Reincultur von Diphtheriebacillen, wogegen Culturen von der Oberfläche diesen Organismus nicht aufwiesen. Verf. erklärt durch diesen Befund das Vorkommen einiger Diphtheriefälle in der näheren Umgebung der betreffenden Person. Der Fall ist ein Beispiel für einen Diphtheriebacillenträger, bei dem die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden ein negatives Resultat ergaben.

Die Virulenz der 25 aus den Tonsillen isolirten Streptokokkenculturen wurde durch intravenöse Injectionen an Meerschweinchen erprobt. In fast jedem Fall entwickelte sich eine acute Arthritis, die gewöhnlich in ein paar Tagen oder in 3—4 Wochen tödtlich verlief. Diese Arthritis trat gewöhnlich am 3. bis 5. Tage auf. Die Section ergab, dass nicht selten in den frühen Stadien die Erkrankung eine periarticuläre war und oft die Sehnenscheiden betraf; später kann das Gelenk befallen werden. Das Exsudat im Gelenk war zuerst gewöhnlich gelatinös und leicht getrübt und enthielt Leukocyten und Streptokokken. Später wurde das Exsudat mehr purulent und manchmal selbst von käsigem Aussehen. In einigen Fällen, jedoch nicht in allen, konnten die Streptokokken aus dem Herzblut und bisweilen auch aus der Peritonealhöhle isolirt werden.

Die Organismen der Pneumokokkengruppe erzeugten in keinem Fall bei Meerschweinchen Arthritis. Ein Organismus dieser Art, der aus der Tiefe der Tonsille eines an multipler Arthritis — aber ohne Endocarditis — leidenden Patienten isolirt wurde, erzeugte bei intracardialer Injection bei einem Meerschweinchen ausgedehnte Endocarditis, aber keine Gelenkaffection.

EMIL MAYER.

48) M. Möller. **Drei Fälle von Angina gangraenosa. (Fall af angina gangraenosa.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 5. Mai 1910.*

Bei sämmtlichen Fällen war das Krankheitsbild vollständig einheitlich: von der Tonsillengegend oder vom weichen Gaumen ausgehend, fing die Krankheit als ein röthlicher Fleck, bisweilen pseudomembranösartig an, ging bald in einen brandigen Process über, der sich theils nach vorn über den Gaumen, die Basis der Zunge mit Epiglottis, die Innenseite der Wange und des Zahnfleisches, theils nach oben hinten in den Nasenrachenraum, an der hinteren Pharynxwand und in den

oberen Theil der Speiseröhre ausbreitete. Nach einem Monat erfolgte der Tod in sämmtlichen Fällen unter dem Bilde des Marasmus.

Die Patienten waren von mittlerem Alter und mit Hg behandelt worden; zwei ganz mässig mittels Mercurialinjectionen eine kurze Zeit vor dem Ausbruch des brandigen Processes, der dritte mittels einer sehr kräftigen Inunctionscur + KJ nach dem Auftreten der Angina. Die zwei ersten litten durch andere Krankheiten (Alkoholismus, Schrumpfniere, Lungentuberculose etc.) an schwacher Widerstandsfähigkeit; der dritte war vor der Behandlung eine kräftige Person, bei welcher der Halsprocess während einer energischen antiluetischen Behandlung schnell verschlimmert wurde. E. STANGENBERG.

49) **George L. Richards. Der gegenwärtige Stand der Tonsillenoperation. Eine Sammelforschung. (The present status of tonsil operation. A collective investigation.)** *N. Y. Medical Record. 11. December 1909.*

Von den Schlussfolgerungen, die Verf. zieht, seien folgende hervorgehoben:

Er hält die Rolle der Tonsille als Eingangspforte besonders für Tuberculose und Rheumatismus als sicher stehend, und zwar ist die kleine zwischen den Gaumenbögen versteckte Tonsille ebenso von schädlichem Einfluss, wie die hyperplasirte. Die Indication für die Entfernung ist dann gegeben, wenn die Tonsille auf den Gesammtorganismus einen ungünstigen Einfluss ausübt, der durch eine locale Behandlung nicht vermieden werden kann. Aether ist das sicherste Narcoticum, und zwar hält Verf. die aufrechtsitzende Position für die beste zur Vornahme der Operation. Die Tonsillectomie soll stets der Tonsillotomie vorgezogen werden. LEFFERTS

50) **William Milligan. Einige practische Puncte in der Chirurgie der Tonsille. (Some practical points in the surgery of the tonsil.)** *Medical Chronicle Manchester. Mai 1910.*

Verf. betont die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionskrankheiten. Wo eine Operation erforderlich ist, empfiehlt er dringend die Enucleation; er benutzt ein besonders hakenförmiges Messer zur Loslösung der Tonsillen von den Gaumenbögen; er vollendet die Operation mit dem Finger, Guillotine oder Scheere. Nach seinen Erfahrungen sind Blutungen weniger häufig als nach Tonsillotomien. A. J. WRIGHT.

51) **Beljajew. Ueber Blutungen nach Tonsillotomie. (O krawotetschenijach poale tonsillotomija.)** *Westnik nach. gort. nos. bol. p. 97. 1909.*

Wenig Neues. P. HELLAT.

d. Diphtherie und Croup.

52) **Mary Sallom. Statistische Analyse von 43000 Diphtheriefällen. (Statistical analysis of 43000 cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juli 1910.*

Die Zahl der während der letzten 12 Jahre beim Gesundheitsamt in Philadelphia gemeldeten Diphtheriefälle betrug 43997. Von diesen verliefen 7097 tödtlich. Mit dem ausgedehnteren Gebrauch des Antitoxins ist die Mortalität von 24 pCt. im Jahre 1898 auf 12,1 pCt. im Jahre 1909 gesunken. EMIL MAYER.

53) **Blumenau. Zur Frage der phlegmonösen Diphtherie.** (Verein der Kinderärzte in St. Petersburg, Sitzung vom April 1909.) *Petersburger W. No. 22. 1910.*

Autor hat alle Fälle von Dipththeria phlegmonosa während der ganzen Serumperiode, d. h. für 13 Jahre, die im Oldenburger Kinderhospital zur Beobachtung kamen — im Ganzen 488 Fälle — zusammengestellt. Von ihuen starben 265, also 54,7 pCt. Mädchen erkrankten häufiger (54,4 pCt.), Knaben seltener (45,6 pCt.). Das Hauptcontingent fällt auf Kinder im Alter von 2—9 Jahren. Oertliche Erscheinungen im Halse gehen gewöhnlich auf Serumbehandlung zurück. Der Tod erfolgt an Herzparalyse. Autor hat Injectionen von Adrenalin 1prom. Lösung 0,3 bis 0,5 cmg 1—2mal täglich, die scheinbar wohlthuend wirkten, gemacht. Vortragender erhofft von intravenöser Seruminjection Erfolg.

Blücher hält von Adrenalin wenig, da die Wirkung eine vorübergehende ist und nachher Gefässerweiterungen folgen.

Dasselbe fand Schöne.

Woinow führt an, dass die Sterblichkeit an phlegmonöser Diphtherie vor dem Serum 78—80 pCt. betrug.

Rauchfuss möchte den Ausdruck „phlegmonös" nicht acceptiren, da hier Streptokokken nicht vorhanden sind.

P. HELLAT.

54) **Dsershgowsky. Zur Frage der activen Immunisation des Menschen gegen Diphtherie. (K woprusu ob aktiwnoi immunisation tscheloweka protiw difterii.)** *R. Wratsch. No. 22. 1910.*

D. hat schon vor 8 Jahren diese Frage durch Versuche an sich selbst vermittelst Einspritzungen von Diphtherieantitoxin angeregt. Er erreichte einen hohen Grad von Immunität. Aber Nachahmung fand er nicht. Autor erklärt dieses durch Schmerzhaftigkeit und längere Dauer der Immunisirungsmethode.

Jetzt schlägt er, sich stützend auf die Versuche von Boldyrew, eine andere Immunisirungsmethode vor, und zwar durch die Nasenschleimhaut. Diese Art hat D. zunächst an Pferden und Hunden und dann wiederum an sich selbst erprobt.

An Pferden gelang es durch Einführung von Wattetampons in die Nase, die mit Toxin imprägnirt waren, im Verlaufe von 2 Wochen, d. h. 12 Seancen oder 30stündiger Dauer der Toxinwirkung auf die Nasenschleimhaut eine solche Anhäufung von Antitoxinen zu erzielen, welche 15 Einheiten Behring's in 1 ccm entspricht.

Sich selbst führte Autor das Toxin in Gestalt von Inhalationen (21 im Verlaufe von 55 Tagen) ein, wobei im Ganzen 2858,05 minimale tödtliche Dosen für Meerschweinchen vorausgesetzt wurden.

Nach dieser Zeit war die antitoxische Kraft des Blutes von $^1/_{20}$ auf $^1/_4$ gestiegen; dabei bemerkte Autor fast gar keine Beschwerden.

Weiter führte sich Autor mit Toxin imprägnirte Tampons in die Nase. $^{54}/_{10000}$ ccm dieses Toxins entsprachen der minimalen tödtlichen Dosis für Meerschweinchen.

Trotz des hohen Toxingehaltes hat Autor keine Beschwerden bemerkt.

D. tritt warm für die Verbreitung dieser Methode ein, da sie 1. keine Schwierigkeit macht und in Massen angewandt werden kann, 2. ohne Arzt, 3. sehr lange durchgeführt werden kann, 4. eine besondere örtliche Immunität der Nasen-Rachenschleimhaut erzielt. D. hat Beweise, dass active Immunität am Menschen für viele Jahre vorhält, an ihm selbst über 10 Jahre. P. HELLAT.

55) **S. R. Leaty. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Long Island Medical Journal. Juni 1910.*

Verf. beschreibt die Behandlungsart, wie sie am Willard Parker-Hospital für ansteckende Krankeiten in New York City geübt wird. EMIL MAYER.

56) **J. W. Shankland. Chirurgische Behandlung der Diphtherie. (Surgical treatment of diphtheria.)** *St. Louis Medical Review. April 1910.*

Verf. bespricht die Complicationen, die nach Tracheotomie auftreten können: diphtherische Infection der Wunde; Emphysem; secundäre Blutungen; Trachealgranulationen; Pneumonie; Lähmung; Sepsis. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

57) **G. Paludetti. Die Psoriasis des Kehlkopfes. (La psoriasi della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Vol. XXX. 1910.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen 59jährigen Mann, bei dem gleichzeitig mit dem Ausbruch der Hautaffection das Auftreten einer Eruption von demselben Charakter auch im Kehlkopf zu constatiren war. Man sah auf den Stimmbändern graufarbige Erhebungen verschiedener Grösse. Wassermann positiv. Seit 5 Monaten, während deren der Patient in Behandlung ist, haben sich die localen Erscheinungen gebessert.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine 23jährige Frau, die schon früher an Psoriasis der Haut gelitten hatte; seit 3 Monaten Hauteruptionen gleichfalls mit Localisation im Larynx. Behandlung mit Arsen und local mit Insufflationen von alkalischen Pulvern, bisher aber ohne Besserung.

Verf. hält im ersten Fall die Syphilis für ätiologisch allein in Betracht kommend; den zweiten Fall zählt er zu den sogenannten idiopathischen.

CALAMIDA.

58) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber einseitige Stimmbanderkrankung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 540.*

Beschreibung eines Falles von einseitiger Stimmbanderkrankung — Röthung und Schwellung des linken Stimmbandes, das mit granulationsartigen Excrescenzen bedeckt ist —, der nach Schweigecur, Aufenthalt in Ems und Mentholinjectionen fast völlig heilte. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

59) **Alfred Bruck** (Berlin). **Isolirte „rheumatische" Entzündung des Cricoarytänoidgelenkes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 436.*

Verf. bereichert die dürftige Literatur durch Mittheilung eines Falles. Die Klagen beziehen sich auf linksseitige, ins Ohr ausstrahlende Schluckschmerzen,

Heiserkeit und nächtliche Athemnoth. Laryngoskopisch zeigt sich die Schleimhaut über dem linken Crico-arytänoidalgelenk erheblich geröthet und geschwollen, zum Theil leicht ödematös glänzend. Die linke Stimmlippe steht in Cadaverstellung. Leichte Fiebertemperatur. Während nach circa einer Woche die entzündlichen Erscheinungen abgeheilt sind, dauert die Fixirung der Stimmlippe noch einige Tage länger. Aus diesem letzteren Symptom wird, ohne dass noch andere Körpergelenke befallen sind, die Betheiligung des Gelenkes selbst gesichert.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

60) **Heryng. Kehlkopfgicht. (Gosciec krtani.)** *Medycyna. No. 26. 1910.*

Verf. beschreibt zwei Fälle von Kehlkopfgicht bei Sängerinnen.

Im ersten Falle erschienen nach forcirten Studien Schlingbeschwerden, Heiserkeit und Knistern bei Speichelschlucken. Dieses Geräusch konnte ebenfalls durch Verschieben des Kehlkopfes in transversaler Richtung hervorgerufen werden. Die Kehlkopfuntersuchung entdeckte intensive Röthung und leichte Schwellung der Santorinischen Knorpel. Die Kranke litt an arthritischen Beschwerden in Knie- und Fingergelenken. Nach Anwendung einer entsprechenden Diät, innerlich Natrium salicylicum und Kehlkopfmassage verbesserte sich in einigen Wochen der Zustand des Kehlkopfes vollständig.

Im zweiten Falle erschien bei einem 18jährigen, an Gelenkrheumatismus leidenden Mädchen nach forcirtem Singen Heiserkeit. Die Kehlkopfuntersuchung zeigte Röthung, Verdickung der Stimmbänder und in der Gegend der Vocalprocessus zwei kleine, gelbliche Infiltrate, welche bei der Sondirung einen harten Körper fühlen liessen. Nach Anwendung einer antiarthritischen Behandlung verschwanden jene Infiltrate im Verlaufe einiger Wochen. Die Stimme verbesserte sich gleichzeitig allmählich.

A. v. SOKOLOWSKI.

61) **H. Ayguebère. Klinisches Studium der syphilitischen Kehlkopfperichondritis. (Étude clinique sur la périchondrite syphilitique du larynx.)** *Dissert. Toulouse 1909.*

Besprechung des Krankheitsbildes und Zusammenstellung von 15 Krankengeschichten, die aber bereits andererseits veröffentlicht sind.

OPPIKOFER.

62) **James Collier** und **Harold Barwell. Ein Fall von eitriger Kehlkopfperichondritis im Verlauf einer acuten Pneumonie. (A case of suppurative perichondritis of the larynx in the course of acute pneumonia.)** *Lancet. 26. April 1910.*

Es handelt sich um einen Fall von ausgebreiteter Pneumonie der linken Lunge mit zahlreichen Pneumokokken im Sputum. Am 19. Krankheitstage trat eine Halsentzündung auf mit Schwellung der Tonsillen, Oedem des Rachens und Vergrösserung der Cervicaldrüsen. Die Epiglottis wurde ödematös und ebenso auch die ary-epiglottischen Falten. Das Oedem nahm auf der rechten Seite zu; es traten die Erscheinungen einer Perichondritis thyreoidea auf, die von aussen incidirt wurde. Pat. hustete eine grosse Menge Eiter aus, worauf die Dyspnoe nachliess.

WATSON WILLIAMS.

63) **Joseph S. Gibb. Eine Studie über die Kehlkopfcomplicationen des Typhus, besonders in der Hospitalpraxis. (A study of the laryngeal complications of typhoid fever specially as observed in hospital practice.)** *The Pennsylvania Medical Journal. Juli 1909.*

Verf. bespricht als Complicationen des Typhus: eine acute Laryngitis, die Laryngitis submucosa; oberflächliche Ulcerationen, die auf der laryngealen Fläche der Epiglottis, über Aryknorpeln und auf der Hinterwand ihren Sitz haben; ferner Lähmung der Kehlkopfmuskeln.

EMIL MAYER.

64) **Nowicki. Larynxtuberculose vom anatomo-pathologischen Standpunkt aus. (Gruzlica krtani ze stanowiska anatomiczno-patologicznego.)** *Tygodnik lekarski. No. 26. 1910.*

Der Kehlkopf wird nach den Ergebnissen der Untersuchungen des Verf.'s in ein Viertel sämmtlicher tuberculöser Erkrankungen afficirt.

Als das wichtigste ätiologische Moment betrachtet er die Infection der Schleimhaut durch das bacilläre Sputum, was seine eigenen Untersuchungen bestätigen.

Die anatomo-pathologischen Veränderungen beginnen meist in der Subepithelialschicht der Kehlkopfschleimhaut. Gleichzeitig treten sehr oft Infiltrate im Drüsengewebe und neben demselben auf, was für die Infection auch durch Vermittelung der Drüsen spricht.

Kehlkopftuberculose erscheint meist zwischen dem 20. und dem 30. Jahre. Bei Kindern kommt sie sehr selten vor und nur in zwei Fällen von der Gesammtzahl von 488 untersuchten Fällen fand der Verf. sie bei Kindern unter 5 Monaten. Ebenfalls kommt sie selten bei Greisen und dreimal so oft bei Männern als bei Frauen vor. Die Larynxtuberculose complicirt sich selten mit Lues und Krebs.

Verf. beschreibt zwei Fälle, einen, wobei anatomisch und bakteriologicsh Tuberculose und Krebs, und einen zweiten, wo er Tuberculose und Sklerom constatirte.

Vernarbungen können nur bei oberflächlichen Geschwüren vorkommen. In Fällen mit tiefgreifender Tuberculose vernarben nur die oberflächlichen Schichten.

A. v. SOKOLOWSKI.

65) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Gravidität und Kehlkopftuberculose.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 575. 1910.*

S. erwähnt zwei Fälle von Kehlkopftuberculose, die trotz der Schwangerschaft günstig verlaufen sind. Nach Mittheilung der zwei Krankengeschichten bespricht Verf. die Frage, in welchen Fällen bei Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft ein Abort einzuleiten ist. Seine Ansicht geht dahin, dass individualisirt werden muss.

OPPIKOFER.

66) **Lubliner. Gravidität und Kehlkopftuberculose. (Ciaza a suchoty krtaniwre.)** *Medycyna. No. 22. 1910.*

Cfr. Centralblatt 1910, No. 6, Referat No. 83.

A. v. SOKOLOWSKI.

67) **Sytschew. Cauterisationen vermittelst Trichloressigsäure bei Kehlkopftuberculose. (Prishigania trichlorceksuskmoi kigtotoi pri tuberkuloso gortani.)** *Eshemesjatschnik. p. 390. 1910.*

In dem kurzen Artikel theilt Autor seine Erfahrungen über die Behandlung mit Trichloressigsäure in 25 Fällen mit. Er wandte das Mittel in Form von Krystallen an, die er auf den Geschwürsgrund brachte. Das Material stammte aus der Basanow'schen Klinik (Director v. Stein) in Moskau. Gebrannt wurde bis 6mal, meistens genügte 5—6mal.

Die Dysphagie verschwand in allen Fällen. Die Geschwürsflächen verheilten in 4 Fällen. Besserung in 12 Fällen, keine Besserung in 2 Fällen.

Ausserdem wird mitgetheilt, dass in der Privatpraxis in allen 11 Fällen Vernarbung und Beseitigung der Dysphagie erzielt wurde.

Auf Grundlage dieser Erfahrung stellt Autor zum Schluss die Behauptung auf, dass die Trichloressigsäure zur Zeit das wirksamste Mittel gegen die Kehlkopftuberculose sei.

Reactionserscheinungen wurden fast gar nicht beobachtet. P. HELLAT.

68) **Fritz Hutter** (Wien). **Ueber die Behandlung der Larynxtuberculose mittels Galvanokaustik.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 5. 1910.*

An der Hand einer Statistik von 32 einschlägigen Fällen aus dem Hajek-schen Ambulatorium bespricht H. die Indicatiouen und Contraindicationen für die verschiedenen operativen Eingriffe am phthisischen Kehlkopf. Er trennt die Indicationen nach curativen und symptomatischen Gesichtspunkten und schildert die Vorzüge der Galvanokaustik gegenüber den schneidenden Instrumenten. Neben dem Tiefenstich empfiehlt er für flächenhafte Ulcerationen den Flachbrenner, eventuell auch den Porzellanbrenner. Zur Anästhesie empfiehlt er die Combination von localer Cocainapplication mit vorheriger subcutaner Morphiuminjection. Eingehende technische Erörterungen beschliessen die Arbeit. HECHT.

69) **Lorenzo B. Lockard. Amputation der Epiglottis bei Kehlkopftuberculose. (Amputation of the epiglottis in laryngeal tuberculosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Von den 27 Fällen, die Verf. operirt hat, wurden 26 völlig von ihren Schmerzen befreit; in 8 Fällen wurde der Kehlkopf ausgeheilt; in einem Fall war auch der Gaumen erkrankt, aber auch hier wurde das Schlucken wesentlich erleichtert. Von den geheilten Fällen ist einer seit $5^1/_2$ Jahren, der andere seit $4^3/_4$ Jahren geheilt.

Verf. betont ganz besonders den häufigen und unmittelbaren Einfluss der Operation auf den Schluckschmerz. Er glaubt auch, dass durch den Eingriff eine Anzahl von Leben gerettet werden können, die sonst unrettbar verloren wären.

EMIL MAYER.

70) **Z. Srebny** (Warschau). **Die Behandlung der Rachen- und Kehlkopftuberculose mittelst Galvanokaustik. (O leczenia gruslicy garcieli i krtani za pomoca galwanokaustyki.)** *Medycyna. 1910.*

In den letzten 23 Jahren behandelte Verf. mit Galvanokaustik 136 Fälle, von

denen 83 von 1 Monat bis zu 8 Jahren, 53 entweder bis zum Tode oder bis die letzte Zeit unter Beobachtung standen. Von den Kranken der ersten Gruppe lebten in gutem Zustande 25 nach Ablauf von 6 Monaten bis zu 8 Jahren nach der Operation, der Rest wurde nicht länger als 1—3 Monate beobachtet. Bei 9 dieser Kranken entstanden Recidive, die nach wiederholter Anwendung des Galvanokauters zur Vernarbung gelangten.

Von den 53 Fällen der zweiten Gruppe starben 21, und zwar nach Ablauf von 4 Monaten bis zu 12 Jahren. Bei 6 dieser Patienten entstanden Recidive, bei 4 blieb der Kehlkopf bis zum Tode ausgeheilt. Von den 32 bis in die letzte Zeit lebenden Kranken war einer vor 23 Jahren operirt. Andere Beobachtungen dauerten von 10 Monaten bis zu 18 Jahren. Recidive wurden 11mal beobachtet und sind nach wiederholter Anwendung des Galvanokauters geheilt geblieben.

Verf. wendet, wo es möglich ist, die galvanokaustische Schlinge an und kauterisirt nachher die Basis; wo die Anwendung der galvanokaustischen Schlinge unmöglich ist, wird das kranke Gewebe energisch und tief mit dem flachen Kauter gebrannt. Der letztere soll stark, aber nicht weissglühend sein. Verf. hat nie Oedem oder Blutung gesehen. Eine Infection der Wunde oder eine Verallgemeinerung der Tuberculose nach endolaryngealen Eingriffen im tuberculösen Kehlkopfe wurde nicht beobachtet. A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Harold Barwell. Acute Kehlkopfdyspnoe bei Kindern. (Acute laryngeal dyspnea in children.)** *Lancet. 13. August 1910.*

Verf. betont, dass ein inspiratorischer Stridor bei verhältnissmässig leichter Exspiration ein wichtiges diagnostisches Zeichen sei. Ferner ist ein Zeichen von Stenose, wenn der Larynx bei der Inspiration etwas nach unten gezogen wird, da solches nicht vorkommt, wenn das Athemhinderniss an irgend einer anderen Stelle sitzt. Bei Trachealstenose hört man den Stridor sowohl bei Inspiration, wie bei Exspiration.

Verf. bespricht die üblichen Methoden der Behandlung. WATSON WILLIAMS.

72) **Léon Béco** (Lüttich). **Die Laryngotracheostomie bei den Kehlkopfstenosen und hauptsächlich den Laryngo-Trachealpapillomen. (La laryngotrachéostomie dans les sténoses du larynx et spécialement dans les papillomes laryngo-trachéaux.)** *Annales de la Soc. médico-chir. de Liège. Mai 1909.*

Der Autor stellt einige derartige Fälle, welche dem Leser des Centralblatts durch die Berichte über die Jahresversammlungen der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft der Jahre 1908 und 1909 bekannt sind, in der Lütticher medico-chirurgischen Gesellschaft vor.

Er glaubt, dass man berechtigt sei, dieser Operation jedesmal den Vorzug zu geben, wenn es angezeigt ist, die Athmung von aussen her während einer ziemlich geraumen Zeit sicher zu stellen. BAYER.

73) **N. Uchermann** (Kristiania). **Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.** (Referat für den Internationalen Congress in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 361.*

Verf. setzt die einschlägige Literatur als bekannt voraus und giebt in seinen Ausführungen im Wesentlichen seine eigene Auffassung wieder.

Die Eintheilung der Hauptabschnitte ist folgende:

1. Extralaryngo-tracheale Stenosen:
   a) Larynx,
   b) Tracha.
2. Intralaryngo-tracheale Stenosen:
   a) Larynx,
   b) Trachea,
   α) acute, β) chronische } intratracheale Stenosen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

74) **Nobicourt** (Paris). **Trachebronchiale Adonepathie; adenoide Vegetationen und Tuberculose. (Adénopathie trachéo-bronchique; végétations adénoides et tuberculose.)** *Société Médecine des Hôpitaux. April 1910.*

Die intradermale Reaction nach Mantoux erlaubt beim Kinde durchaus sicher die Diagnose der latenten Tuberculose. Verf. hat diese Methode bei Kindern mit adenoiden Vegetationen oder mit tracheobronchialen Drüsen benutzt. Er fand bei 8 Fällen von Adenoiden 3 positive Reactionen; bei 14 Fällen von Tracheobronchialdrüsen und Adenoiden 6 positive Reactionen. GONTIER de la ROCHE.

75) **Chr. Hausted. Erstickungstod durch Ascaris lumbricoides in der Trachea verursacht. (Kraelningstöd foraarsaget ved Ascaris lumbr. i Trachea.)** *Hospitalstidende. No. 20. 1910.*

Bei einem 3 Jahre alten Kinde mit Erstickungsanfall wurde die Tracheotomie vorgenommen. Tod. Bei der Section wurde an der Bifurcation eine 17 cm lange weibliche Ascaris lumbricoides gefunden. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

f. Schilddrüse.

76) **A. Bochenek. Ueber die Glandulae parathyreoideae (Epithelkörperchen). (O gruczolach przytarczowych.)** *Przeglad lekarski. No. 16. 1910.*

1. Ihre Anatomie.
2. Ihr histologischer Bau.
3. Embryologie derselben.
4. Physiologie.
5. Der Nachweis von Toxinen bei durch Entfernung der Epithelkörperchen entstandener Tetanie.
6. Experimentelle Proben des Ersatzes der exstirpirten Epithelkörperchen durch Darreichung ihrer Substanz oder ihrer Extracte.
7. Transplantation der Epithelkörperchen und ihre physiologische Folgen.
8. Die Pathologie der Epithelkörper.
9. Verschiedene Krankheitsformen, die mit der Aenderung der Epithelkörperchenthätigkeit in Zusammenhang gebracht wurden:
   a) Eclampsia gravidarum,
   b) Tetania infantum,
   c) Tetania gastrica,

d) Epilepsie mit Paralysis agitans,
e) Morbus Basedow,
f) Rhachitis und Osteomalacie.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **David Marine** und **C. H. Lenhart. Acuter Kropf beim Fisch. (Acute occurence of goiter in fish.)** *Bulletin of John Hopkins Hospital. April 1910.*

Verf. schliesst:

1. In Gegenden, wo Kropf endemisch ist, kann auch der Fisch afficirt werden.

2. Die Schilddrüsenhyperplasien der Fische verhalten sich genau so, wie die der höheren Thiere.

3. Der Befund dieser Veränderungen beim Fisch ist vielleicht das directeste Zeichen dafür, dass der Kropf mit dem Wasser zusammenhängen dürfte.

EMIL MAYER.

78) **Peter Potter. Die topographische Anatomie der Schilddrüse. (The topographic anatomy of the thyroid gland.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

1. Die Schilddrüse ist beim Erwachsenen verhältnissmässig kleiner als beim Fötus und kleinen Kind.

2. Die Schilddrüse steigt auf die Wirbelsäule herab, wenn die aufrechte Körperhaltung angenommen wird.

3. Im Vergleich zum Fötus und kleinen Kind ist beim Erwachsenen die Schilddrüse tiefer am Schild- und Ringknorpel, dabei aber an denselben Trachealringen angeheftet.

4. Einige Reste des Ductus thyreoglossus können fast in jedem Fall gefunden werden: der Lobus pyramidalis findet sich in über $^3/_5$ aller Fälle.

5. Der Isthmus kann sehr klein sein, fehlt aber selten ganz.

6. Es haben sich accessorische Muskelzüge gefunden, die abgeirrte Züge des Thyreohyoideus oder Sternothyreoideus zu sein scheinen und keine specielle Function haben; jedoch wirken sie in Verbindung mit der Fascie dahin, die Drüse in ihrer Stellung zu halten.

EMIL MAYER.

79) **Goldberger** (Baden bei Wien). **Zwei Fälle von primärer Thyereoiditis acuta simplex.** *Wiener med. Wochenschr. No. 32. 1910*

Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Schilddrüse, ausstrahlende Schmerzen gegen die Ohren und das Hinterhaupt und Schluckschmerzen. Bei bakterieller Aetiologie Fieber, bei toxischer Ursache (z. B. bei Jod) ohne Fieber.

HANSZEL.

80) **M. M. Ghent. Kropf mit besonderer Berücksichtigung der Grenzfälle von Basedow. (Goitre with special reference to borderline cases of hyperthyreoidism.)** *Journal of the Minnesota State Medical Association Northwestern Lancet. Juni 1910.*

Verf. behandelt diese Fälle drei Monate lang; sind sie dann nicht gebessert, so operirt er, und zwar räth er in leichteren Fällen zur Ligatur der A. thyreoidea superior.

EMIL MAYER.

81) **Randolph Winslow. Partielle Thyreoidectomie bei Dementia praecox. (Partial thyroidectomy in dementia precox.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1910.*

Verf. meint, dass wenigstens einige der Fälle einer chirurgischen Behandlung zugänglich seien; er berichtet über zwei Fälle, von denen der eine zum mindesten sehr gebessert wurde. Erwähnt wird, dass der Gebrauch von Schilddrüsenpräparaten gewöhnlich die Symptome verschlimmerte. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

82) **Giffhorn. Beitrag zur Aetiologie der congenitalen Atresie des Oesophagus mit Oesophago-Trachealfistel.** *Virchow Archiv. Bd. 192. Heft. 1.*

G. beschreibt zwei Fälle von congenitaler Oesophagusatresie mit Trachealfistel in der Höhe der Bifurcation. Das Zustandekommen dieser Missbildung erklärt er auf Grund der Präparate durch die Annahme, dass die Trennungsleisten, die Oesophagus und Trachea trennen sollen, in einem bestimmten Entwickelungsstadium mit der Hinterwand des Vorderdarmes verkleben. Auf diese Weise kommt der Abschluss des oberen Oesophagus und die Oesophagotrachealfistel zu Stande. Für die Fälle, in denen der untere Theil des Oesophagus breit mit der Trachea communicirt, hält er es für möglich, dass die Trennungsleisten, statt wie gewöhnlich an der Vorderwand, an der Hinterwand des Vorderdarmes ansetzen. Beigegebene Skizzen erläutern das Gesagte. Die in beiden Fällen vorhandene Erweiterung des oberen Oesophagusblindsackes wird durch ein stärkeres Wachsthum erklärt. FINDER.

83) **Ch. Mathis. Congenitale Verengerungen der Speiseröhre. (Rétrécissements congénitaux de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1908.*

Fall 1. Der jetzt 12jährige Knabe kann seit früher Kindheit nur flüssige Nahrung schlucken. Oesophagoskopie: In 20 cm Tiefe sitzt ein ca. 2 mm dickes Diaphragma, das nach links und nach hinten zu eine feine Oeffnung von 3—4 mm besitzt. Durch diese Oeffnung dringt eine feine Sonde ohne Hinderniss in den hinteren Theil der Speiseröhre und in den Magen. Einführen des Rohres und Durchschneiden des Diaphragmas. Heilung.

Fall 2. Das Alter des männlichen Patienten ist nicht angegeben. Seit der Geburt kann nur Milch und Wasser geschluckt werden. Oesophagoskopie: Ungefähr bei Beginn des unteren Drittels der Speiseröhre zeigt sich das Lumen stark erweitert. Nach Aspiration des Schleimes und der coagulirten Milch (ca. $^1/_2$ Liter) wird ein Diaphragma sichtbar mit einer Oeffnung, die nur für die feinste Bougie passirbar ist. Durchschneiden des Diaphragmas auf ösophagoskopischem Wege, regelmässige Dilatationsbehandlung; Heilung. Dieser Fall wurde auf dem Chirurgencongress October 1908 durch Guisez vorgestellt. OPPIKOFER.

84) **Guisez. Ueber idiopathische Narbenbildungen im Oesophagus. (Sténoses cicatricielles spontanées de l'oesophage.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 3.*

Es werden 5 Fälle mitgetheilt, die so ziemlich Aehnlichkeit miteinander

haben. Die Patienten litten an allmählich zunehmenden Schluckbeschwerden und kamen unter der Vermuthungsdiagnose von Speiseröhrenkrebs zur ösophagoskopischen Untersuchung. Es liess sich in den 5 Fällen eine narbige Veränderung des Oesophagus, am Eingang oder an der Cardia feststellen, die unter progressiver Dilatation zurückging, sobald die Patienten lange genug in Behandlung blieben. Der ösophagoskopische Anblick und die centrale Lagerung der Stenose liessen gleich die gewöhnlichen Ursachen (Verletzung, Ulcus simplex oder Lues, Tuberculose) ausschliessen. Guisez glaubt, dass es sich um sogenannte spontane Narbenbildung handle, die infolge von chronischer Oesophagitis sich entwickele. Ganz hypothetisch nimmt Guisez an, dass hier Oesophagitis ihrerseits sich an einen Oesophagospasmus anschliesse und dann an den Lieblingssitzen des Spasmus, an dem Ringknorpel liege und an der Cardia zu Narbenbildung führe.

LAUTMANN.

85) **W. Brünings** (Freiburg i. Br.) **Ueber Fortschritte in der ösephagoskopischen Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1909.*

Verf. weist die Behauptung Starck's zurück, dass für die Behandlung von Fremdkörpern des Oesophagus blind einzuführende, mit Mandrins armirte Metalltuben empfehlenswerth seien. Im Gegentheil, es sei das einzig Richtige, offene, passend geformte Rohre unter Leitung des Auges einzuführen. Kurze Beschreibung des Brünings'schen Instrumentariums (das wohl den meisten Lesern dieser Zeilen aus eigener Anschauung und aus des Verf.'s inzwischen erschienenen Monographie bekannt ist) und Angabe über dessen Anwendung.

ZARNIKO.

86) **G. Strazza. Ein Knochen in der Speiseröhre; Unmöglichkeit der Extraction mit dem Oesophagoskop. (Un osso nell'esofago d'impossibile estrazione coll'esofagoscopia.)** *Arch. Ital. Laringologia. Vol. XXX. Fasc. 30.*

Fall I. 35jährige Patientin. Man entdeckte den Knochen 18 cm von der Zahnreihe; da er aber in der Schleimhaut eingekeilt war, so konnte er per vias naturales nicht entfernt, noch in den Magen gestossen werden. Es wurde Oesophagotomia externa gemacht. Heilung.

Fall II. 28jährige Frau; der Knochen war sehr gross und wurde mit dem Oesophagoskop 23 cm von der Zahnreihe entdeckt. Da er wegen seiner Grösse nicht extrahirt werden konnte, so wurde er in den Magen gestossen und per rectum entleert. Heilung.

CALAMIDA.

87) **Bertzan. Ein neuer Fall von Fremdkörper des Oesophagus. (Un nuevo case di cuerpo extrano del esofago.)** *Siglo Medico. October 1909.*

Extraction einer Münze bei einem 3jährigen Kind.

TAPIA.

88) **W. F. Chappell. Pfeife aus dem Oesophaguse eines Kindes durch directe Oesophagoskopie entfernt. (Whistle removed from esophagus of a child by direct esophagoscopy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Verf. rühmt die Leichtigkeit der Methode, die er in diesem Fall zum ersten Male angewandt hat.

EMIL MAYER.

89) **R. Burmeister** (Concepcion). **Zwei Speiseröhrenschnitte zwecks Entfernung künstlicher Gebisse.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1909.*

Zwei lesenswerthe Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen.

ZARNIKO.

90) **L. Cuinet. L'oesophagoscopie.** *Dissert. Paris 1909.*

Geschichte und Technik der Oesophagoskopie. Die Arbeit enthält Bekanntes.

OPPIKOFER.

91) **H. Foucault. Beitrag zum Studium der Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Contribution à l'étude de la bronchoscopie et de l'oesophagoscopie.)** *Dissert. Paris 1909.*

Beschreibung und Empfehlung der Brünings'schen Instrumente.

OPPIKOFER.

92) **Alexander Heschelin** (Odessa). **Seltener Fall von combinirtem Fremdkörper der Speiseröhre und der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. 1909.*

Der Fremdkörper war ein „Reissnagel" (Heftzwicke), den der neunmonatige Patient vom Zeichentisch seines Vaters genommen und verschluckt hatte. Die Röntgenuntersuchung zeigte ihn im Niveau des 6. Halswirbels festsitzend, so dass sich der Kopf im Oesophagus, die Spitze in der Trachea befand. Er hatte gewissermaassen den Oesophagus an die Trachea angeheftet. Entfernung durch Operation von aussen.

ZARNIKO.

93) **Liebl** (Ingolstadt). **Ein Fall von Oesophagusdivertikel.** *Centralbl. f. innere Medicin. No. 37. 1910.*

Bei einer 68jährigen Frau schälte Liebl ein kindskopfgrosses Divertikel das bis unter das Sternum median zu gelagert war, aus. Heilung.

SEIFERT.

94) **Chas. H. Mayo. Diagnose und chirurgische Behandlung der Oesophagusdivertikel. (Diagnosis and surgical treatment of esophageal diverticula.)** *Journal American Medical Association. 9. Juli 1910.*

Die meisten Oesophagusdivertikel sind pharyngo-oesophageale. Sie kommen nur bei Kindern vor. Das häufigste Symptom ist Dysphagie; Husten und Dyspnoe sind gewöhnlich. Die Diagnose wird gestellt durch Sondirung und durch Röntgenaufnahme nach erfolgter Bismuthfüllung. Die Plumner'sche Methode erlaubt, die Tiefe des Sackes festzustellen. An der Rochesterklinik sind von 8 Patienten 6 mit Erfolg mittels der lateralen schrägen Incision operirt worden.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gustav Spiess. Die Röntgenuntersuchung der oberen Luftwege. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin.** Herausgegeben von Franz M. Groedel, Lehmann's med. Atlanten. Bd. 7. 1909.

Die auf 17 Seiten zusammengedrängte Darstellung über die Röntgenuntersuchung der oberen Luftwege enthält in aller Kürze das, was nicht nur für die Pathologie der genannten Organe, sondern auch für die Physiologie, soweit diese durch die Röntgenuntersuchung neue Thatsachen zu Tage gefördert hat, von Bedeutung ist. Eindringlich weist der Autor darauf hin, dass man die alten und ältesten Untersuchungsmethoden neben diesen neuesten Errungenschaften der Technik nicht vergessen darf, da jene in allen Fällen eine nicht zu entbehrende Unterstützung bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen bilden und diese allein niemals eine einwandsfreie Deutung eines Krankheitsfalles geben. Bei der Besprechung der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen wird besonders der zahlreichen Fehlerquellen Erwähnung gethan, die jeder Schädelaufnahme anhaften; da sind so viel Knochen und Knöchelchen, Knorpel und Weichtheile ineinanderprojicirt, die grössere Annäherung oder Entfernung der Platten veranlassen Verzeichnungen der einzelnen Gebilde, und das Ganze ist nicht auf eine Kugeloberfläche, sondern eine ebene Fläche, die photographische Platte, projicirt. Da all' dies die Deutung der Bilder sowohl auf dem Schirm wie auf der Platte schwierig macht und viel Uebung erfordert, so empfiehlt der Verf. die ersten Studien am macerirten Schädel zu machen. Hat schon die Pathologie der Nebenhöhlen durch die Röntgenuntersuchung manche Förderung erfahren, so weist Spiess noch besonders darauf hin, dass bei der Sondirung der Stirnhöhle die Röntgenstrahlen ein absolut sicheres Urtheil darüber geben, ob sie Sonde sich wirklich in der Höhle befindet und dass man nicht mehr wie früher auf blosse Schätzung angewiesen ist, die hie und da täuschen kann. Während im Allgemeinen die Röntgenbilder bei der Diagnose der Erkrankungen der Nebenhöhlen häufig keine eindeutigen Resultate liefern oder gar auch ganz im Stich lassen, betont Spiess, worauf auch schon Killian hingewiesen hat, dass für die Siebbeinzellen neben den deutlich wahrnehmbaren Veränderungen im Röntgenbilde selbst schon die geringsten Verschleierungen maassgebend sein sollen. Für Stirnhöhle und Oberkieferhöhle wird die sagittale Durchleuchtungsrichtung empfohlen, während die Keilbeinhöhle auch bei der seitlichen Durchleuchtung wichtige Aufschlüsse gewährt, wobei natürlich zu berücksichtigen ist, dass aus dieser Platte keine Schlüsse darauf gezogen werden können, ob die so gefundenen Veränderungen der linken oder der rechten Seite angehören.

Die Pathologie der Mund- und Rachenhöhle hat durch die Röntgenstrahlen eigentlich nur in sofern Förderung erhalten, als Fremdkörper in Betracht kommen; hier liegt der Schwerpunkt in physiologischen Untersuchungen. Der Autor giebt dann besonders unter Hinweis auf die Arbeiten der beiden Eykman's, E. Barth's und Scheier's einen kurzen Ueberblick über die Articulation und den Schlingact. Die Durchleuchtung der Kehlkopfhöhle hat wichtige Aufschlüsse zu Tage gefördert für den Verknöcherungsprocess der Kehlkopfknorpel. Nicht allein, dass

der letztere wesentlich früher einsetzt. als man bisher glaubte, bietet er auch in Bezug auf Mann und Weib so verschiedenen Typus, dass das Röntgenbild bei Hermaphroditismus entscheiden kann, welches Geschlecht vorliegt. Interessant ist auch, dass Eunuchen weiblichen Verknöcherungstypus aufweisen. Ferner verdanken wir der Röntgenuntersuchung der Kehlkopfhöhle eine Reihe wichtiger Thatsachen über die Stimmbildung, während für die krankhaften Processe im Larynx hauptsächlich Fremdkörper in Betracht kommen.

Der Arbeit ist eine Tafel mit 8 Röntgenphotographien beigegeben, die noch wesentlich lehrreicher wären, wenn sie ein wenig grösser ausgefallen wären.

I. W. Samson (Berlin).

---

b) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 28. Februar 1910.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Pollatschek: Fall von primärem Pemphigus laryngis.

Discussion:

K. Morelli sah gute Erfolge von Insufflationen mit Omorol.

K. v. Láng stillt die Schmerzen mit Anästhesin.

L. Polyák hält die Fälle von Schleimhautpemphigus für gutartiger, als diejenigen, wo auch die Haut erkrankt ist.

2. D. v. Navratil: Ueber die extra- und intranasale Paraffintechnik. (Vortrag.)

Nach kurzem historischen Ueberblick bekennt sich Vortragender als Anhänger des kalten Paraffins. Er gebrauchte immer die Spritze von Broeckaert. Macht auf einige Methoden eigener Erfindung aufmerksam, mit welchen schöne kosmetische Erfolge erzielt wurden. Zur Correction der chamaeprosopen Sattelnase durchmeisselt Vertragender subcutan die Basis der Nasenknochen und legt Gypsverband an. Bespricht sein eigenes Verfahren zur Correction der Sattelnase bei offener Fractur. Behandelt schon seit 1906 — als Erster in Ungarn — die Ozaena mit endonasalen Paraffininjectionen und hatte schöne Erfolge. Hat auch auf diesem Felde eigene Methoden, so die Abpräparirung der Schleimhaut des Septum mit kleiner Oeffnung.

Discussion:

S. Steiner gebrauchte das Paraffin vielmals bei Ozaena mittels der Broeckaert'schen Spritze. Man muss tief einstechen, nicht submucös, sondern subperiostal oder subperichondral, denn die Schleimhaut ist äusserst zart und zerreisslich. Die Methode der endonasalen Paraffininjection bei Ozaena verdient die weitestgehende Würdigung.

L. Polyák: Die Idee der Paraffindepots stammt von Weleminsky und Hutter.

E. Pollatschek gebraucht kaltes Paraffin und die Brünings'sche Spritze.

K. v. Láng machte Versuche mit der Methode nach Bourack, bekam aber einen grossen Decubitus.

K. Morelli: Bourack machte während des XVI. Internationalen Congresses auf seiner Abtheilung eine extranasale Paraffininjection mit sehr schönem Erfolge. Man darf nur nicht zu viel Paraffin einspritzen und die Pelotte nicht zu stark andrücken, sonst entsteht eine Drucknekrose der Haut.

Sitzung vom 3. Mai 1910.

Vorsitzender: A. Irsay.
Schriftführer: A. Lipscher.

K. Morelli stellt Fälle von Rhino- und Laryngosklerom und einen Fall von choanalem Fibrom vor. Schlägt zur Verminderung der stets sich mehrenden skleromatösen Erkrankungen die Schaffung einer genaueren Statistik vor. Das choanale Fibrom besteht bei einem Hämophilen. Frägt, ob in ähnlichen Fällen und wann die Entfernung indicirt wäre?

Discussion:

K. v. Láng will die Diagnose bei Sklerom nur nach einer Bakteriencultur aufgestellt wissen. Das Fibrom könnte mit kalter Schlinge oder nach seiner Weise (mittelst Messer) entfernt werden.

E. Baumgarten: Es ist schwer, die endemischen Herde zu eruiren. Vor kurzem behandelte er eine Kranke vom Gömörer Comitat: das Uebel scheint sie aber in Galizien, von wo sie auswanderte, bekommen zu haben.

L. Simkó hat das Fibrom zweimal zu entfernen versucht, musste aber wegen heftiger Blutung von der totalen Entfernung abstehen.

A. v. Irsay pflichtet dem Vorschlage H. Morelli's, eine möglichst genaue Statistik der Skleromfälle zu führen, bei, obschon in vielen Fällen die Entstehung schwer zu ermitteln ist. Oft entsteht das Uebel in Form eines chronischen Nasenkatarrhs, inficirt mehrere Personen, ohne dass sie wüssten, wo und wann sie angesteckt wurden; auch wissen die wenigsten, wie sie das Leiden sich zugezogen haben.

A. v. Irsay: Bösartige Geschwulst vortäuschende luetische Ulceration.

55jähriger Mann. Am harten Gaumen eine mit dem rechten Nasengange durch eine Fistel communicirende thalergrosse Ulceration mit harten, aufgeworfenen Rändern. Die histologische Untersuchung zeigte Epithelwucherung; antiluetische Cur brachte Heilung.

A. v. Irsay: Recidivirender Nasenrachenpolyp.

15jähriger Mädchen. Die den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende Geschwulst wurde per os mittelst kalter Schlinge entfernt. Vor 3 Jahren hatte sie eine ähnliche grosse Geschwulst. Die histologische Untersuchung ergab weiches adenomatöses Fibrom. Blutung gering. Der Stiel reichte bis zum Infundibulum. Vortragender nimmt an, dass die Geschwulst von der Oberkieferhöhle entsprang.

A. v. Irsay: Grosser Larynxtumor.

25jähriger Mann. Seit 2 Jahren heiser. Vor einem Jahre wurde die Geschwulst endolaryngeal operirt. Seit 6 Monaten Recidive, Stimmlosigkeit, schweres Athmen; die Geschwulst ist zwischen den Stimmbändern wie eingekeilt. Falls die endolaryngeale Entfernung nicht gelingt — was wahrscheinlich — wird Verf. den Tumor mittelst Laryngofissur entfernen.

A. v. Irsay: Grosser Kehlkopfpolyp.

30jähriger Mann. Haselnussgrosse, flache, blassrothe, etwas flottirende Geschwulst, schliesst während des Einathmens ventilartig die Stimmritze; häufige Erstickungsanfälle. Verf. wird die Geschwulst nach vorhergehender Tracheotomie endolaryngeal entfernen.

Discussion:

K. Morelli hat bei älteren Individuen, so bei einem 74jährigen Greise luetische Erkrankungen theils an der Nase, theils an den Tonsillen beobachtet. Nach Jodkali stets Heilung.

A. Lengyel operirte den von v. Irsay vorgestellten Tumor bei dem 25jährigen Manne vor 2 Jahren. Die Entfernung gelang vollkommen; der Tumor erwies sich als Papillom.

K. v. Láng hält das den Nasenrachenraum ausfüllende Fibrom für einen in den Epipharynx ragenden gutartigen Polypen.

D. v. Navratil: Schwere nekrotisirende Stomatitis, verursacht durch Symbiose des Bacillus fusiformis und des Mundspirillum.

27jähriger Mann wurde von obigem Leiden, welches allen bisher angewanden Aetzmitteln trotzte, mit concentrirtem Jothion bald geheilt.

K. v. Láng hält den Fall für Stomatitis ulcerosa membranacea, ähnlich der Vincent'schen Angina.

M. Mohr sah von 2proc. Resorcin gute Erfolge.

E. v. Navratil.

---

c) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

55. Sitzung vom 20. Juni 1910.

Vorsitzender: Neumayer.
Schriftführer: Rud. Hoffmann.

Rud. Hoffmann spricht über die operative Beseitigung der Retronasalpolypen (deren Insertion in der Kieferhöhle Ino Kubo [Arch. f. Laryng. Bd. 21] durch Entfernung der facialen Maxillarwand dem Auge zugänglich machte). Es handelt sich dabei oft um nicht entzündliche Tumoren, die die Choane und den Nasenrachenwand ausfüllen können. In 4 Fällen wiesen sie eine typische Form auf, die man vielleicht mit einer Hand vergleichen kann, deren kleiner Finger und Daumen ausgestreckt, während die mittleren drei eingeschlagen sind: Sie entspringen mit einem dünnen Stiel dem lateralen Mittelspalt, entwickeln sich

dann nach der Choane zu, passen sich den Formen des Epipharynx völlig an und senden schliesslich einen Ausläufer in die andere Nasenseite, und zwar dem Boden entlang. Aus ihrer Form und der Topographie der Umgebung ergiebt sich, dass diese Tumoren mit der Schlinge sehr schwer und nur stückweise zu entfernen sind. H. empfiehlt, nach gründlicher Adrenalin- und Cocainanwendung nach dem Stiel zu fahnden und diesen mit einem demonstrirten Instrument (geknöpftes, halbmondförmiges Messer) zu durchschneiden. Der Tumor fällt dann in den Epipharynx, ruht auf dem contrahirten Gaumensegel und wird von dem Pat. durch den Mund herausgezogen. Es wird auf die eigenartige Wachsthumsmechanik des Tumors hingewiesen.

Scheibe betont, dass er die Retronasalpolypen einseitig, ohne begleitende Eiterung auftreten sah und bei der Entfernung oft einen Erguss seröser Flüssigkeit beobachtete.

Demonstrationen: 1. Riedel: a) Carcinom des Nasenbodens, b) Gumma im Hypopharynx.

2. Rud. Hoffmann: a) Ein Fall von spontaner tönender Lufteinblasung in die Parotis.

b) Ein neues Adenotom, vom Typ des Schütz-Passow'schen Instrumentes, welches an Stelle des herabziehenden feinen Messerchens eine breite, elastische Gillette-Stahlklinge führt, welche nach oben gestossen wird. Vortheile gegenüber Schütz-Passow:

1. Klinge kann kaum brechen und nicht in den Pharynx fallen;
2. das Instrument kann sehr nahe — näher als bei anderen — an die Choane herangeführt werden;
3. das abgeschnittene Stück bleibt oben am Instrument hängen;
4. eventuell können Reste, die in den Tubenecken stehen bleiben, mit zwei weiteren Zügen entfernt werden, ohne dass das Instrument aus dem Rachen entfernt und wieder eingeführt werden muss.

c) Eine über die Spülröhrchen zu führende Gummiplatte, die die zurückströmende Spülflüssigkeit vom Schlauch, Instrument und der führenden Hand fernhält.

56. Sitzung vom 11. Juli 1910.

Vorsitzender: Neumayer.
Schriftführer: Rud. Hoffmann.

Rud. Hoffmann: Anaphylaxie und interne Secretion. Ein Beitrag zu der Lehre vom Wesen und der Therapie des Heufiebers.

Das Wesentliche beim anaphylaktischen Zustand ist die periphere Vasodilatation. Es verdienen demnach die Drüsen mit interner Secretion, welche den Gefässtonus reguliren, eingehende Berücksichtigung. Bei einer „Ueberempfindlichkeit", dem Heufieber, wird gezeigt, welche Rolle bei ihrem Zustandekommen die Hyperfunction der Thyreoidea, deren Secret vasodilatatirt wird und blutdrucksenkend wirkt, spielt und auf die Erfolge hingewiesen, die nach der vom Vor-

tragenden empfohlenen Behandlung (Hydrastis, Ergotin und Staubinde) von Napoleczny und Hahn erzielt wurden. H. hat in letzter Saison von Bestrahlungen der Schilddrüse bei Heufieber Gutes gesehen.

Discussion: Wassermann, Scheibe, Nadoleczny, Benjamin, Chosrojeff.

Rud. Hoffmann: Einfluss der Nasenätzung auf den Exophthalmus.

H. weist auf einen früheren Vortrag an dieser Stelle hin, in dem er seine Anschauung vom Wesen des Basedow-Exophthalmus (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 69. Heft 3/4) und die Beeinflussung des letzteren, der Struma etc., durch Galvanokaustik der Nasenmucosa schildert. H. berichtet über 3 weitere Fälle, wo es ihm auf diesem Wege gelang, die Protrusio bulbi um 3—4 mm zurückzubringen und über mehr als ein Dutzend vasculärer Strumen, die auf diese Methode, wenn auch manchmal nur temporär, mit Reduction ihres Umfanges reagirten.

Demonstrationen:

Nadoleczny: Fall von Aphonia spastica.

Hecht: Fall von Tumor der mittleren Muschel.

Rud. Hoffmann: Zwei Fälle von Rachentuberculose, darunter ein äusserst schwerer mit heftigsten Schluckschmerzen, die seit 3 Wochen durch eine beiderseitige Alkoholinjection in den N. laryngeus superior völlig beseitigt sind.

Rud. Hoffmann.

---

d) St. Petersburger oto-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. März 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

1. Rydnik: Fall von Tuberculose des Rachens und weichen Gaumens (Demonstration).

Ophthalmoreaction negativ.

Zur Frage ergreifen das Wort P. Hellat und E. Maisel.

2. Bramson: Papilloma laryngis (Vorstellung).

Operative Entfernung. Die Geschwulst sass unter dem Stimmbande. Von anderer Seite war der Fall antiluetisch behandelt worden.

Goldstein erwähnt, dass antiluetische Behandlung bei ähnlichen Erkrankungen anfänglich gewöhnlich reducirend auf die Geschwulst wirkt.

Nikitin giebt bei renitenten syphilitischen Geschwülsten im Larynx Decoct. Zittmanni.

Heryng räth, in fraglichen Fällen die Wassermann'sche Reaction zu consultiren.

3. P. Hellat: Demonstration von Papillommassen, die bei einem 7jährigen Mädchen durch Laryngotomie (viermal im Verlaufe eines Jahres) entfernt wurden. Bei jeder neuen Laryngotomie liess sich eine Verringerung und

ein langsameres Erscheinen der Geschwulstmassen constatiren. Seit der letzten Entfernung ist kein Recidiv wieder aufgetreten. Bevor der Fall Redner überwiesen wurde, war bereits eine Tracheotomie ausgeführt worden. Die Canüle vertrug das Kind jedoch stets schlecht, hustete beständig und entwickelte sich wenig. In der letzten Zeit trotz Canüle Erstickungsanfälle und Blutungen. Erwähnenswerth wäre noch, dass das letzte Mal keine Trachealcanüle angewandt wurde. Sofortige Vernähung. Es traten keine Störungen danach auf, vielmehr fühlte sich das Kind bedeutend besser, hustete fast gar nicht.

Heryng hat bei Papillomen gute Resultate durch Phenol. sulforicic. erzielt, wobei das französische Präparat vorzuziehen ist.

Nikitin bestätigt die Anschauung von Heryng.

Hellat hält die Durchführung solcher langdauernden Behandlung bei ängstlichen Kindern für sehr schwierig.

Heryng: Arthritische Veränderungen im Larynx (Vortrag, wird veröffentlicht).

Nikitin, Goldstein, Shirmanski, Bomasch, Schwanebach sprachen von ihren Erfahrungen.

Winagrodow: Behandlung bösartiger Geschwülste des Kehlkopfes vermittelst Röntgenstrahlen (Vortrag, soll gedruckt werden).

Vortragender will gute Erfolge erzielt haben.

Bramsom macht darauf aufmerksam, dass Röntgenstrahlen nicht tiefer als 1—2 cm dringen und daher in Larynxfällen wenig Nutzen bringen.

Goldstein weist auf den Mader'schen Fall hin, von dem persönliche Mittheilungen vorliegen, dass nach 2 Jahren sich ein Recidiv einstellte.

Wiltschur weist auf den Fall von Schrötter hin, in dem kein Recidiv beobachtet wurde. Auch er hatte die Gelegenheit, einen Patienten $^1/_2$ Jahr zu sehen, während welcher Zeit ein Recidiv nicht auftrat.

Schwanebach lenkt die Aufmerksamkeit auf die Schwierigkeit der Diagnose in ähnlichen Fällen.

Nikitin hat es sich zur Regel gemacht, jeden Fall antiluetisch zu behandeln.

Sitzung vom 13. November 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

1. Shirmanski: Demonstration: Patientin mit einem Infiltrat auf der Zunge und zwei Geschwülsten am Hals unter dem Kiefer. Die eine derselben ist mit Narben bedeckt. Redner stellt den Fall zur Diagnose vor.

Forestin: Scheinbar handelt et sich um tertiäre Lues.

Höhlein kann das nicht acceptiren.

Bramann neigt zur Ansicht, dass Aktinomykose vorliegt.

2. Nikitin: Demonstration: Patientin bemerkte vor 2 Monaten Heiserkeit, nach 3 Wochen Dyspnoe, stenotisches Athmen. Unter den Stimmbändern eine Geschwulst, das rechte Stimmband geröthet. Keine Bacillen. Spitzenkatarrh. N. hält den Fall für Tuberculose. Ung. colloidal. Credé verringert die Geschwulst.

Höhlein weist auf die schnelle Abnahme der Geschwulst hin, welche gegen Tuberculose spricht.

P. Hellat: Zur Rhinoplastik (Demonstration).

Die eben vorgestellte Patientin gehört zu der Reihe, welche ich im vergangenen Jahre zu zeigen die Ehre hatte. Das Knochen- und Knorpelgerüst der Nase hatte so sehr gelitten, dass es für das Paraffin keinen Stützpunkt bietet. Für solche Fälle schlägt Studenski ein künstliches Gerüst vor. Meine Bemühungen gehen von anderen Gesichtspunkten aus. Es hat sich gezeigt, dass die Verkrüppelung und Einziehung der Nase nicht so sehr von Aplasie resp. Atrophie, als vielmehr von Narbenzügen, welche die Weichtheile um die Apertura piriformis fixiren, abhängt. Ferner hat sich herausgestellt, dass entzündliche Processe der Weichtheile nach der Operation als Hülfsmittel gegen die Aplasie mit Erfolg zu verwenden sind.

Ausgehend von diesen Voraussetzungen und der von vielen Seiten constatirten Thatsache, dass das Septum für die normale Gestalt der Nase kein unbedingtes Erforderniss ist, genügt es, die Weichtheile aus ihrer anormalen Verbindung zu lösen und so lange in der gewünschten Stellung zu erhalten, bis dieselbe genügende Festigkeit erlangt.

Um die Lösung ohne äussere Verletzung der Weichtheile durchzuführen, habe ich einen Weg eingeschlagen, der meines Wissens bei der Rhinoplastik bisher keine Anwendung gefunden hat, nämlich Decorticatio faciei.

Wie Sie sehen, ist die Nase bisher tadellos. Bei der Patientin, die ich Ihnen vor einem Jahre vorgestellt habe, ist sie bis jetzt unverändert.

Die Herstellung der Form geschieht auf dem auseinandergesetzten Wege leicht. Viel schwieriger ist die Aufgabe, die Nase in der erzielten Gestalt zu erhalten. In diesem Falle habe ich bisher durch Tampons die Form zu erhalten gesucht. Man muss jedoch nach einem geeigneten Material suchen. Sehr geeignet erscheint Gummiröhre in kleingeschnittenen Stückchen. Es ist elastisch und zersetzt sich nich nicht.

Olchin, Rydnik, Iljisch, Erbstein und Andere richten verschiedene Fragen an den Demonstranten.

Der Vorsitzende drückt die Zufriedenheit der Versammlung für die überaus interessante Mittheilung aus.

Sitzung vom 8. Januar 1910.

Vorsitzender: W. Okunew.

1. W. Okunew: Vorstellung eines Patienten mit tuberculösen Geschwüren im Rachen und Larynx, bei dem von einem anderen Arzte syphilitischer Ausschlag constatirt worden sei. Gegenwärtig sind keine Anzeichen von Syphilis vorhanden.

Nikitin hält den Fall für tuberculös, möchte aber zur Controle Kal. jod. empfehlen.

Wiltschur möchte die Mandelgeschwüre eher für luetisch halten; ebenso Litschkas.

Hellat hat von Jodkali bei Tuberculose nur nachtheilige Folgen gesehen: ebenso Iljisch.

2. Vorstellung eines Ohrenfalles.

3. W. Nikitin: 49jähriger Patient bekam vor 2 Jahren Heiserkeit, die in vollständige Aphonie überging. Gegenwärtig ist nur eine Schwellung beider falscher Stimmbänder, sonst kein Zeichen von Tuberculose oder Lues vorhanden. Galvanokaustik der Schwellung brachte keine Erleichterung. Koch'sche Reaction fiel beim 3. Male positiv aus.

Goldstein und Bramson halten die Erkrankung trotz der Koch'schen Reaction für Lues.

4. Höhlein: 67jähriger Patient. Seit 3—4 Monaten heiser. Das rechte Stimmband verdickt, höckerig. Die Schwellung reicht über die ganze Larynxhälfte. Probeexcision lässt sich nicht machen.

Hellat möchte Carcinom ausschliessen, da beinahe der ganze Larynx gleichmässig erkrankt und der Allgemeinzustand durchaus zufriedenstellend ist. In der Bewegung keine besonderen Unterschiede.

Bramson schliesst sich Hellat an.

5. Olchin: Patient ist seit einem Jahre heiser; in der linken Hälfte des Hypopharynx eine harte Geschwulst, welche den Kehlkopf ganz bedeckt. Nach Jodkali eine Verkleinerung. Wassermann'sche Reaction positiv. Also handelt es sich um Gumma.

Nikitin schliesst sich dem an.

6. Bomasch: Verkrüppelung der rechten Ohrmuschel und Verödung des Gehörganges.

7. Sacher: Vortrag über Hydrarg. hyperox. in der Otiatrie.

P. Hellat.

---

e) II. Spanischer Congress für Chirurgie.

Madrid, 11. bis 16. Mai 1909.

Barajas (Madrid): Aspirationstroicart für den Pharynx.

Demonstration eines für die Eröffnung von Retropharyngealabscessen und Aspiration des Eiters bestimmten Apparates.

Tapia (Madrid): Beitrag zum Studium der Pachydermia laryngis.

T. berichtet über vier Fälle von flachen Tumoren der Stimmlippen, ganz ähnlich den von Rosenberg beim XIII. Internationalen Congress mitgetheilten. Er demonstrirt die histologischen Präparate.

Tapia (Madrid): Ein Fall von zweizeitiger totaler Larynxexstirpation. Demonstration des Patienten nebst mikro- und makroskopischen Präparaten.

Bei Gelegenheit dieses Falles setzt T. den Antheil der spanischen Laryngologen an der Entwicklung der Grosschirurgie des Larynx in das rechte Licht.

Ferner erörtert er die Indicationen und Contraindicationen und geht dann zur Mittheilung seines Falles über, in dem er den Larynx, die drei ersten Trachealringe, die Submaxillardrüse auf der rechten Seite, ein Drüsenpacket ebendaselbst und den Kropf entfernen musste. Die Operation fand in zwei Zeiten statt: 1. Exstirpation der Struma und Annähung der Trachea an die Haut. 2. Exstirpation des Larynx. Zwischen beiden Operationen blieb ein Zeitraum von 14 Tagen. Der Patient befindet sich in ausgezeichneter Gesundheit; seit der Operation sind zwei Jahre vergangen.

Landete (Madrid): Mundnasenprothesen.

L. stellt einen Fall vor, in dem er einen Theil des Gaumengewölbes, der Lippe und Nase durch Prothesenstücke ersetzt hat. Er bekennt sich als Anhänger der Anwendung von Prothesen, die er in Fällen von grösseren Missbildungen der chirurgischen Plastik vorzieht.

Landete: Staphylorrhaphie.

Entgegen der Ansicht Kirmison's räth L. dazu, die Operation so früh wie möglich vorzunehmen, besonders innerhalb der ersten drei Monate, und zwar aus folgenden Gesichtspunkten: 1. Der Shock ist geringer. 2. Die Knorpel sind noch nicht völlig verknöchert. 3. Die Muskeln des Gaumensegels atrophiren, wenn die Operation nicht in frühester Kindheit stattfindet. 4. Wenn der Gaumen vereinigt ist, so entwickelt sich der Alveolarrand des Oberkiefers zu einer fast völlig normalen Form. 5. Die definitive nachfolgende Deformität ist erheblich geringfügiger bei einer frühen Operation. Die Phonation wird ungleich besser. L. betrachtet das Brophy'sche Verfahren als das vollendetste.

Landete: Localanästhesie und Radicaloperation des Oberkieferempyems.

Injectionen von 2proc. Cocain-Adrenalinlösung in der Richtung des Foramen infraorbitale; zwei andere Injectionen in Höhe des ersten Molaris. Anästhesie der Fossa canina; Cocainisirung des Sinus; Gegenöffnung durch die nasale Wand. Die von ihm so ausgeführten Operationen waren fast schmerzlos.

De Llorente (Madrid): Die Intubation des Larynx und die Tracheotomie.

L. hat seit Gründung seiner Anstalt im Jahre 1894 8400 Fälle von Diphtherie behandelt; er hat mehr als 1000 Fälle intubirt mit dem Erfolg von 90 pCt. Heilungen trotz des schlechten Zustandes, in dem die Kranken sich meist befinden.

Folgerungen:

1. Die Intubation ist die bei diphtherischen Larynxstenosen, Glottisödem, syphilitischen Stenosen und anderen Fällen von vorübergehender Stenose am meisten indicirte Operation. Die Intubation wird von den Angehörigen meist lieber gesehen, als die Tracheotomie.

2. Die Intubation ist weniger complicirt.

3. Die Tracheotomie soll reservirt bleiben für die Fälle, wo die Intubation unmöglich gewesen wäre oder wo diese nicht die gewünschten Resultate gegeben hätte.

4. Die Intubirten müssen durch die Nase ernährt werden, um den Husten und Larynxgeschwüre, Bronchopneumonie, die durch den Eintritt von Nahrung in die Luftwege entstehen könnten, zu vermeiden.

5. Die Statistiken der Intubation sind in Bezug auf die Heilungen denen der Tracheotomie überlegen.

Ribera (Madrid): Einige technische Gesichtspunkte in der Chirurgie der Zunge und der Kiefer.

1. Die Chloroformanästhesie soll in allen Fällen von Exstirpation der Zunge und des Ober- und Unterkiefers angewendet werden.

2. Die vorhergehende Ischämie bei Resection des Ober- und Unterkiefers ist absurd; in der Mehrzahl der Fälle von Zungenexstirpation ist sie völlig unnütz und ihre Anwendung keineswegs nothwendig.

3. R. versteht nicht, wie man bei diesen Arten von Operationen der vorhergehenden Tracheotomie das Wort reden kann.

Botella (Madrid): Einige Modificationen in der Technik der Totalexstirpation des Larynx.

B. empfiehlt die Exstirpation in zwei Zeiten. Seine Modificationen betreffen die Lappenbildung. In der ersten Sitzung wird mittelst Verticalschnitts die Trachea freigelegt, deren Stumpf an die Haut angenäht wird. In der zweiten Sitzung werden zwei Horizontalschnitte gemacht, einer in Höhe des Zungenbeins, der andere in Höhe des Ringknorpels von der Mittellinie bis hinter den Sternocleidomastoideus auf der Seite der Drüsen. Diese Incisionen werden durch eine andere Verticale und Laterale vereinigt. Diese Lappenbildung erleichtert die Exstirpation der Drüse auf einer Seite.

Cisneros (Madrid): Die partiellen Laryngectomien.

C. betont die guten Resultate der partiellen Exstirpation in vielen Fällen; er wendet sich gegen die Ansicht vieler Laryngologen, dass, sobald das Vorhandensein des Carcinoms constatirt ist, die Totalexstirpation zu erfolgen habe. Zur Stütze seiner Behauptungen theilt er eine Anzahl von Fällen mit.

Gozanes: Diagnostischer und therapeutischer Werth der Oesophagoskopie.

Bei Fremdkörpern darf die Oesophagotomie nur dann vorgenommen werden, wenn die Oesophagoskopie nicht gelingt oder wenn der Oesophagus perforirt ist, beim Bestehen einer periösophagealen Phlegmone oder starker Blutung. Sitzt der Fremdkörper im oberen Theil des Oesophagus, so ist die Oesophagotomia cervicalis am Platz; sitzt er im mittleren Theil, so soll man die Oesophagoskopie durch die Wunde hindurch machen (traumatische Oesophagoskopie nach Tapia); sitzt er sehr weit unten, so mache man die Gastrotomie und durch die Magenwunde hindurch die Oesophagoskopie (retrograde traumatische Oesophagoskopie nach Tapia). Er theilt 8 Fälle von Fremdkörpern mit; 6 wurden mittelst Oesophagoskopie extrahirt, in zwei Fällen konnte constatirt werden, dass sich kein Fremdkörper im Oesophagus befand.

Bei den Stenosen kann man sich Rechenschaft geben über Ausdehnung, Form, Natur etc. derselben. Verf. erwähnt zwei Fälle von Narbenstenose der Cardia, die mittels Dilatation durch Laminariastifte geheilt wurden.

Botella: Practischer Werth der Oesophagoskopie.

B. setzt die Technik der Methode auseinander und berichtet über einen Fall von Narbenstenose, zwei Fälle von Oesophagusspasmus, einen periösophagealen Abscess, einen solchen von Trauma des Oesophagus, ein Carcinom und 13 Fremdkörper, von denen drei (zwei Fünfcentimesstücke und eine Zahnplatte) die Oesophagotomie nothwendig machten; in zwei Fällen wurde der Fremdkörper bei der Untersuchung in den Magen gestossen, zweimal wurde er nicht in dem Oesophagus gefunden und sechsmal wurden sie mittels Oesophagoskopie entfernt.

Tapia: 1. Persönliche Erfahrungen über directe Oesophagoskopie.

T. hat das Instrumentarium bereichert durch einen Rheostaten, einen ösophagoskopischen Dilatator, eine Zange, einen Stenosenerweiterer. Er hat 97 Fälle behandelt, die sich folgenderrmaassen vertheilen:

14 Fremdkörper; davon 10 durch Oesophagoskopie entfernt; Nichtvorhandensein von Fremdkörpern in 3 Fällen constatirt; Oesophagotomie einmal.

Spastische Stenosen 10 Fälle; Aerophagie 1 Fall; pharyngolaryngeale Lähmung 2 Fälle; caustische Stenosen 9; Narbenstenosen nach peptischen Geschwüren 4; extraösophageale Compression 8; Ulcerationen verschiedener Art 7; Syphilis (?) 3; Carcinom 30; diffuse Dilatation 2.

In 7 Fällen konnte die Diagnose nicht bei der ersten Untersuchung gestellt werden und die Patienten kamen nicht mehr wieder.

2. Persönliche Erfahrungen mit der Tracheobronchoskopie.

T. möchte die Bezeichnungen Tracheobronchoscopia superior und inferior ersetzt wissen durch die Benennungen „traumatoidale“ oder „stomatoidal“ je nachdem man die Tube durch die Tracheotomiewunde oder den Mund einführt.

Er hat die Methode angewandt in folgenden Fällen: Stück Olive im rechten Bronchus; Melonenkern im rechten Bronchus; ein Blutegel in der Trachea.

2 Fälle von Syphilis, 2 Fälle von Ozaena trachealis; Compression der Trachea durch Kropf 4 mal; Stenose der Bifurcation aus unbekannter Ursache einmal.

Calleja (Valladolid): Graduirte Sonden für die Dilatation des Oesophagus.

Guedea (Madrid): Operationstechnik einiger Pharynxneubildungen.

Incision von der Lippencommissur bis zum Sternocleidomastoideus; Hämostase; Exstirpation der Ganglien; Präparation zur temporären Unterbindung der Carotis; Durchtrennung des Unterkiefers; Incision der Mundschleimhaut, des Musc. digastricus und der Weichtheile bis man den Tumor entdeckt; Excision desselben. Definitive Blutstillung. Sutur der Schleimhaut und des Knochens und der Haut. Ernährung mittels Nasensonde. Tapia.

f) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 12. Februar 1909.

Vorsitzender: Mahu.

Castex: 1. Pharyngotomia subhyoidea wegen Epithelioms der Epiglottis.

54jähriger Patient mit Carcinom der Epiglottis, das auch etwas auf die Zungenbasis überging. Drüsen waren nicht erkrankt. Es bestanden heftige Schluckschmerzen. Der Tumor wurde mit dem Thermokauter abgetragen. Eine Oesophagussonde wurde durch die Nase eingeführt. Resultat der Operation gut.

Ein zweiter ebenso operirter Patient starb 36 Stunden nach der Operation plötzlich, und zwar erklärt C. diesen plötzlichen Tod, den er auch bei einem Patienten mit Totalexstirpation und Vernähung der Trachea an die Haut zu beklagen hatte, durch ein diffuses, plötzlich auftretendes Lungenödem, dessen Ursache vielleicht in reflectorischer Reizung des Vagus und sympathischer Nervenfasern im Bereich des Pharynx zu suchen ist.

2. Demonstration: a) Patientin mit Carcinom der linken Nasenhöhle, dessen Entwickelung durch Adrenalinapplicationen hintenangehalten worden ist.

b) Zwei Fälle von linksseitiger Stimmbandlähmung, der eine infolge von Lues cerebri, der andere infolge tracheo-bronchialer Drüsen.

c) Heiserkeit infolge alter Amyotrophie der Stimmlippen infolge Pneumonie.

d) Ein perforirtes Papillom bei einem 41jährigen Mann.

Grossard stellt zwei Fälle zur Diagnose:

1. 50jähriger Mann mit grosser Ulceration, die zur Perforation des Gaumens geführt und den Oberkiefer ergriffen hat. Es handelt sich um die Differentialdiagnose zwischen Lues und Carcinom.

2. 20jähriges Mädchen mit seit 6 Jahren bestehender Aphonia nervosa. Alle gebräuchlichen Behandlungsmethoden haben fehlgeschlagen. G. denkt an eine Compression der Recurrentes durch eine Struma; es bestehen Basedowsymptome.

3. Patientin mit Lähmung des linken Stimmbandes, wahrscheinlich Folge einer tuberculösen Entzündung des Crico-arytaenoidgelenkes.

Koenig: Achtjähriges Mädchen mit völliger Vernarbung der hinteren Pharynxwand.

Die hinteren Gaumenbögen sind in der Mittelline verlöthet, so dass nur eine 7 mm dicke Sonde in den Nasenrachen passiren kann. Der Zustand ist die Folge einer vor einigen Jahren gemachten Tonsillotomie.

Paul Laurens: Troicart zur breiten Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus.

Lermoyez: 1. Polyp der Oberkieferhöhle.

L. demonstrirt ein Präparat, das zur Stütze der Ansicht dient, wonach die Ursprungsstelle der fibrösen Nasenrachenpolypen in der Oberkieferhöhle zu suchen ist. Es besteht aus einem eiförmigen Tumor, der den Nasenrachen einnahm, einem bandförmigen Zwischentheil, der im mittleren Nasengang sass und einer fächerartigen Partie, die den Sinus maxillaris einnahm.

2. Nasentuberculose.

Es handelt sich um eine Patientin mit der vegetirenden Form der Nasentuberculose, die im vorderen Theil der Nasenhöhle ihren Sitz und zu völliger Verlegung derselben geführt hatte. L. behandelte sie, wie er es jetzt in allen derartigen Fällen thut, nämlich: Ablösung der Nase, um sich breiten Zugang zu schaffen, systematische Resection des ganzen Scheidewandknorpels, gründliche Curettage der unteren Muscheln und des Nasenbodens. 14 Tage nach der Operation kann der Patient fast als geheilt betrachtet werden. Das Verfahren ist natürlich nur bei ausgedehnter Tuberculose anwendbar.

3. Immobilisirung der Stimmlippe.

Bei der vorgestellten Patientin trat vor 4 Wochen ein heftiger Schluckschmerz auf. Einige Tage darauf constatirte man eine lebhafte Röthung im Larynx und symmetrische aphthöse Geschwüre vor den Aryknorpeln. Diese Aphthen sind heute verschwunden. 8 Tage später zeigte sich eine starke Infiltration des linken Aryknorpels und gleichzeitig wurde das linke Stimmband unbeweglich in Intermediärstellung; heute besteht diese Unbeweglichkeit noch, obwohl der Aryknorpel seine normale Gestalt angenommen hat. Handelt es sich um eine Recurrenslähmung infolge Neuritis a frigore oder um eine acute Entzündung im Crico-arytaenoidgelenk infolge einer Infection der Kehlkopfschleimhaut? L. neigt der letzten Annahme zu. Bemerkenswerth ist, dass bereits einige Tage nach Immobilisirung des linken Stimmbandes dadurch eine Compensation eintrat, dass das rechte sich über die Mittellinie hinausbewegte.

Mahu: Radicalbehandlung des chronischen Oberkieferempyems auf nasalem Wege.

M. demonstrirt: 1. Die bereits in der Presse Médicale 1909, No. 12 beschriebenen Instrumente, nämlich eine perforirende Scheere und biegsame Curetten. 2. Eine Patientin, die vor circa 2 Monaten auf diese Weise in zwei Sitzungen operirt wurde. In der ersten Sitzung wurde die untere Muschel resecirt, in der zweiten Sitzung der Sinus trepanirt und curettirt. 3. Einen neuen Epiglottishalter. Das Instrument fasst die Epiglottis und zieht sie durch seine eigene Schwere nach vorn.

Gendreau: Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen.

Vorstellung zweier seit vielen Jahren an Ozaena leidender und so behandelter Kranker.

Die angewandte Technik wird beschrieben.

Die Patienten können nach 12 Sitzungen als geheilt gelten. Foetor und Borkenbildung sind verschwunden.

Sitzung vom 8. April 1909.

Robert Foy: Passive Respirationsübungen.

F. demonstrirt eine Reihe von Patienten, die seit langem entweder an psychischem Unvermögen, durch die Nase zu athmen, litten oder eine osteomusculäre Insufficienz hatten und mittels des in einer früheren Sitzung demonstrirten Apparates zu passiven Athemübungen geheilt sind.

Es handelt sich um folgende Symptome: Constante Mundathmung bei Tag und Nacht, Schnarchen, Schlaflosigkeit, Alpdrücken, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Anämie; ungenügende Thoraxerweiterung. Alle diese Symptome sind nach 4—8 Sitzungen dauernd verschwunden; die Gewichtszunahme betrug 1—$3^1/_2$ Kilo; die Thoraxerweiterung nahm 1—3 cm zu.

Die Resultate kommen zu Stande infolge Kräftigung der Musculatur der Nasenflügel und des Gaumensegels, durch Recoordination der Athembewegungen; der Erfolg ist sicher, wenn man es mit Individuen zu thun hat, deren Nase und Nasenrachenraum frei sind. Als Ergänzung der Behandlung tritt in Fällen extremer Atrophie der Nasenflügel und des Gaumensegels die Vibration und Faradisation hinzu.

Mahu meint, dass bei den von Foy vorgestellten Patienten vor allen Dingen wohl der kalte Luftstrom als Excitans auf die Nasenschleimhaut wirke.

Mahu: 1. 36jähriger Mann, vor einem Monat wegen Oberkieferempyems auf nasalem Wege und vor acht Tagen wegen doppelten Stirnhöhlenempyems nach Ogston-Luc operirt.

2. 30jährige Frau wegen chronischen Oberkieferempyems auf nasalem Wege vor 3 Wochen operirt und noch nicht geheilt. M. schiebt diesen Misserfolg auf eine ungenügende Curettage des Sinus; es besteht eine Septumverbiegung, infolge deren die Nase so verengt ist, dass man die Curette nicht ordentlich handhaben kann.

Paul Laurens: Kalter prälaryngealer Abscess.

Es handelt sich um zwei Fälle; in dem einen geht der Abscess vom Zungenbein aus und nimmt die Regio thyreohyoidea sowie die Vorderfläche der Schilddrüse ein; klinisch täuschte er eine Schleimcyste vor. Der zweite Abscess geht vom Aryknorpel aus, ist subglottisch und hat sich von der Cricothyreoidregion entwickelt.

Veillard: Epitheliom des Kehlkops bei einer Frau.

Der Fall wurde zuerst für Tuberculose gehalten.

Koenig demonstrirt das in der vorigen Sitzung von ihm vorgestellte Mädchen mit Pharynxstenose.

Das Kind ist jetzt operirt. K. machte eine mediane Incision in dem Narbengewebe und machte, indem er seine Incisionen nach unten verlängerte, das Gaumensegel frei; er bildete so zwei seitliche Lappen und stellte den Pharynx völlig wieder her. Es wurde eine Prothese eingesetzt. Ernährung und Sprache sind jetzt völlig normal.

Delair demonstrirt die für diesen Fall von ihm angegebene sehr ingeniöse Prothese.

Guisez demonstrirt Patienten, bei denen sich ihm die Oesophagoskopie von Nutzen erwies.

1. Narbenstenose, wahrscheinlich von einem alten vernarbten Geschwür herrührend.

2. Ein Aortenaneurysma wurde durch Tracheoskopie und Oesophagoskopie diagnosticirt.

3. Zwei Fremdkörper; ein Hühnerknochen und ein Gebiss.

Lautmann (Paris).

III. Briefkasten.

Herr College Brünings (Jena) ersucht uns um Aufnahme folgender Mittheilung:

Wegen sehr starker Ueberzeichnung der April-Curse 1911 findet der

III. Fortbildungscurs für Specialärzte

in Jena schon vom 24. bis 29. October incl. statt unter Beibehaltung des bisherigen Programms. Die maximale Theilnehmerzahl ist wieder auf 15 festgesetzt. Nähere Auskunft ertheilt Privatdocent Dr. Brünings, Jena.

Personalnachrichten.

Dr. Markus Paunz hat sich an der Königl. Ungarischen Universität zu Budapest für Rhino-Laryngologie habilitirt.

Prof. Dr. O. Körner ist zum correspondirenden Mitgliede der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, November. 1910. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **J. Tandler. Emil Zuckerkandl †.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

Nachruf. HECHT.

2) **O. Chiari. Zum hundertsten Geburtstag Ludwig Türck's.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Schilderung des Lebensganges Türck's und Würdigung seiner wissenschaftlichen Thätigkeit als Neuropathologe und als Begründer der Laryngologie. HECHT.

3) **Réthi** (Wien). **Zu Ludwig Türck's hundertstem Geburtstage.** *Wiener med. Wochenschr. No. 31. 1910.*

Aufzählung der grossen Verdienste Türck's um die Laryngologie nebst kurzem historischen Rückblick. HANSZEL.

4) **J. Schwalbe** (Berlin). **Otologie und Laryngologie oder Oto-Laryngologie?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Nach einer Zusammenstellung Prinzing's aus den Angaben des Reichs-Medicinalkalenders (Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1907) existirten 1906 in Deutschland nur 95 Otologen, 85 Specialisten für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, dagegen 686 Oto-Laryngologen. Verf. zeigt, dass die Statistik unrichtig ist. Im Reichsmedicinalkalender ist nämlich für Nasen-, Kehlkopf- und Kehlkopfkrankheiten nur ein Signum verwandt ohne Rücksicht darauf, ob die also Gekennzeichneten neben der Rhinologie zugleich Laryngologie als Specialität betreiben oder nicht. So ist dieses Signum neben die Namen zahlreicher Collegen gesetzt, die wohl Rhinologen, nicht zugleich aber Laryngologen sind, was Prinzing nicht wissen konnte. Und so ist die Gruppe der Collegen, die sich als Hals-, Nasen- und Ohrenärzte bezeichnen, kleiner, als sie Prinzing angegeben hat.

Soll nun an den Universitäten die Otologie von der Laryngologie abgetrennt oder sollen beide von demselben Docenten gelehrt werden? Verf. erkennt die Vereinigung für kleinere Universitäten als zweckmässig an, glaubt aber, dass an den grossen Universitäten die Trennung bestehen bleiben müsse. In Berlin z. B. müssten anderenfalls 22000 Kranke jährlich unter der Leitung eines einzigen Mannes behandelt werden, worunter der Unterricht Schaden leiden müsste.

ZARNIKO.

5) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

6) **H. O. Reik. Die Wirkung des Tabaks auf Ohr und obere Luftwege. (The effect of tobacco on the ear and upper respiratory tract.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. Juni 1910.*

Es scheint nicht — wenigstens ist es bisher nicht bewiesen — dass der Tabak irgend welche bestimmten und charakteristischen Veränderungen in Nase, Hals und Ohr verursacht. Wenn es auch möglich ist, dass der übermässige Gebrauch von Tabak eine toxische Wirkung auf den Riech- und Hörnerven hat mit daraus sich ergebender Beeinträchtigung des Geruchs und Gehörs, so giebt es bisher doch keinen experimentellen Beweis für diese Ansicht, noch eine genügende klinische Erfahrung. Die üblen Wirkungen des Tabakrauchs bei bereits bestehenden Halskrankheiten aus anderen Ursachen sind dieselben, wie bei jeder anderen Art von Irritation.

EMIL MAYER.

7) **Henry L. Swain. Halssymptome bei Syphilis und verwandten Zuständen. (Throat symptoms of syphilis and allied conditions.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Nachdem Verf. die Differentialdiagnose der verschiedenen Ulcerationen im Hals besprochen hat, macht er einige therapeutische Vorschläge. Syphilitische Geschwüre bepinselt er mit einer Sublimatlösung — 1 : 200 bis 1 : 250 — bei gleichzeitiger Allgemeinbehandlung. Bei Angina Vincenti wendet er mit Vortheil eine 10 proc. Chlorzinklösung an.

H. Arrowsmith (Brooklyn) hält die Angina Vincenti für viel häufiger, als man glaubt, und die Möglichkeiten eines schweren Verlaufes für sehr gross. Nicht allein die Weichtheile werden ergriffen, wie man allgemein annimmt, sondern auch Knorpel und Knochen (? ! Red.); einige tödtliche Fälle sind bereits beschrieben, und wenn man die Krankheit besser erkennen würde, würde sich eine höhere Mortalität herausstellen.

EMIL MAYER.

8) **France J. Quinlain. Halssympteme bei exanthematischen Krankheiten, Masern, Scharlach, Rötheln. (Throat symptems of exanthemata, measles, scarlet fever, thrush in children.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Verf. schildert die bekannten Erscheinungen seitens der oberen Luftwege bei den exanthematischen Krankheiten. Er erwähnt, dass auch bei Rötheln Erstickungszustände auftreten können, die die Tracheotomie oder Intubation nöthig machen.

EMIL MAYER.

9) **Lewis A. Coffin. Halssymptome bei Typhus. (Throat symptoms in typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Verf. erwähnt einen Fall, in dem confluirende Geschwüre des Gaumens und ausgedehnte Entzündung und Oedem der Uvula vorhanden waren. Aetiologisch kam nur Typhus in Betracht. EMIL MAYER.

10) **Gerber** (Königsberg). **Die Zunahme des Skleroms in Ostpreussen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

G. weist auf das gehäuftere Vorkommen des Skleroms in Deutschland hin, das in Schlesien und Ostpreussen zwei compacte Herde besitzt, und berichtet in extenso über 4 Fälle, die er eingehend epikritisch bespricht. Er weist auf Grund der typischen Veränderungen im Nasopharynx (alte bindegewebige Veränderungen) darauf hin, dass hier der Process fast immer beginnt. Die histologischen Untersuchungsergebnisse waren spärlich, die bakteriologischen ergaben in 3 Fällen ein positives Resultat. Die wiederholt vorgenommene Wassermann'sche Reaction ergab immer negative Resultate bis auf ein unsicheres (schwach positiv im Falle 3), Eine energische Therapie im Anfangsstadium scheint Erfolge zu gewährleisten. Zum Schlusse mahnt Gerber, prophylaktisch einer weiteren Verbreitung dieser furchtbaren Krankheit mit aller Energie entgegenzutreten.

HECHT.

11) **O. Frankenberger** (Prag). **Die Verbreitung des Skleroms in Böhmen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. hat die gesammelten Fälle von Sklerom der oberen Luftwege auf einer Karte von Böhmen eingezeichnet, auf der die Vertheilung derselben schön übersehen werden kann.

Es ist anzunehmen, dass die Krankheit aus Oberschlesien und Nordmähren sich langsam nach Böhmen ausbreitet. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

12) **Murray Farlane. Die Plasmalösung bei Erkrankungen von Auge, Nase und Hals. (The plasma solution in affections of the eye, nose and throat.)** *The Canadian Practitioner and Review. October 1909.*

Verf. verwendet Tabletten, die die activen Blutsalze enthalten und die zu 1000 Tropfen Wasser hinzugefügt eine Lösung von derselben Alkalescenz, demselben specifischen Gewicht und kryoskopischem Index ergeben, wie das defibrinirte Plasma. EMIL MAYER.

13) **Walther Koch. Ueber bedrohliche Zufälle bei Anwendung von Menthelpräparaten im Säuglingsalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Bericht über einen Fall von langdauerndem Laryngospasmus bei einem 3 Wochen alten Kinde, hervorgerufen durch Coryfineinpinselung in die Nase bei acuter Rhinitis. HECHT.

14) **Rob. Meyer** (Berlin). **Ueber die Anwendung des Coryfins in der Rhino-Laryngologie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41.*

Empfehlung des Coryfins, eines Mentholderivats der Elberfelder Farbenfabriken, bei acutem Schnupfen, bei acuten Rachen- und Kehlkopfaffectionen, nach Larynxoperationen. ZARNIKO.

15) Gaudier. **Ein neues locales Anaestheticum: Salzsaures Chinin und Harnstoff.** *Presse Médicale. No. 53. 1910.*

Ueber dieses Doppelsalz existiren bisher eigentlich nur engliche Arbeiten, die es als ein sehr zuverlässiges Anaestheticum von langer Dauer, leichter Löslichkeit und Haltbarkeit anpreisen. Soweit die wenigen bisherigen Versuche ein Urtheil gestatten, ist es als gefahrlos zu bezeichnen. Man kann es in 1proc. Lösung zu subcutaner, submucöser Injection und in 10—20proc. zu Pinselungen verwenden. Vasomotorische Eigenschaften scheinen ihm nicht zuzukommen, doch verträgt es den Zusatz von Adrenalin, worauf es dann auch anämisirend wirkt, wenngleich nicht so mächtig, wie in der Mischung Cocain-Adrenalin. Die Anästhesie stellt sich weniger rasch ein wie nach Cocain, ist auch weniger intensiv, kann aber bis über mehrere Stunden in ungeschwächter Weise fortdauern, ja Tage lang noch als Hyperästhesie fortwirken. In subcutaner Anwendungsweise hat das Doppelsalz auch den Nachtheil, dass es Verhärtungen an der Einstichstelle hinterlässt. Es steht also dem Cocain in vielen Punkten nach und wird es dasselbe aus der operativen Technik nicht verdrängen. Hingegen scheint es angebracht da, wo grössere Mengen Cocain angewendet werden müssten und wo eine länger dauernde Anästhesie erwünscht ist. Ohne es speciell erprobt zu haben, glauben wir, dass es in der Tracheo-Bronchoskopie z. B. versucht werden kann, namentlich wenn es sich nicht um schwere Fälle von Fremdkörpern handelt. LAUTMANN.

16) W. Hoffmann (Berlin). **Sind die zur Lumbalanästhesie verwandten Tropacocain-Suprarenin- und Novocain-Suprarenintabletten steril?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1909.*

Verf. fand die meisten der von der Firma Pohl in Schönbaum bei Danzig als steril bezeichneten Tabletten bakterienhaltig. Eine zuverlässige Sterilisation der Tabletten in Substanz ist unausführbar, weil sich dabei das Suprarenin zersetzt. Dagegen können Novocain-Suprareninlösungen durch 5—10 Minuten langes Kochen in strömendem Wasserdampf zuverlässig sterilisirt werden.

ZARNIKO.

17) H. Braun (Zwickau). **Die Sterilisation von Novocain-Suprareninlösung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1909.*

Die bakteriologische Untersuchung von Novocain-Suprarenintabletten der Höchster Farkwerke und von Tropacocain-Suprarenintabletten der Firma Pohl ergab zwar die Keimfreiheit dieser Tabletten — im Gegensatz zu der Behauptung Hoffmann's (Deutsche med. Wochenschr. 1909. No. 26) —, trotzdem ist eine Sterilisation der Lösung unmittelbar vor dem Gebrauch erwünscht. Diese kann ohne Schaden durch Kochen erfolgen, wenn man nur durch Zusatz von 2 Tropfen von Acid. hydrochlor. dilut. auf 1 Liter die zu verwendende Kochsalzlösung leicht ansäuert. Verf. giebt ferner an (was Ref. bestätigen kann), dass das synthetische Suprarenin weit weniger wirksam ist, als das natürliche. ZARNIKO.

18) Sidorenko. **Zur Technik intravenöser Hedonalanästhesie. (K technike tonutriwennawo gedonalnawo usiplenija.)** *Russ. Wratsch. p. 828. 1910.*

Nachdem Krawkow intravenöse Anästhesie vermittelst Hedonaleinspritzung

in Vorschlag gebracht und an Thierexperimenten die practische Anwendbarkeit erprobt hatte, gewinnt diese Narkose in Russland immer mehr und mehr Anhänger. Nach Prof. Fedorow haben diese Narkose an Menschen Prof. Oppel und Andere versucht. Sidorenko hat sie bereits in 60 Fällen angewandt, wobei die Narkose einen „grossartigen Eindruck" machte. 6jährige schwächliche Kinder und 70jährige myocarditische Greise ertrugen sie in gleich wenig empfindlicher Weise. Keinmal wurde Erbrechen während der Operation oder vor derselben beobachtet, nur zweimal nach der Operation. Beim schnellen Einspritzen kann es zu Athmungsstockungen kommen. Werden aber 50—60 ccm in der Minute eingegossen, so bleiben diese Störungen aus. Von Seiten des Pulses wurden keine erheblichen Veränderungen bemerkt. Zuweilen wurde nach der Operation eine bedeutende Erregung notirt. Embolische Erscheinungen wurden nicht beobachtet.

Die Lösung von Hedonal wird mit physiologischer Kochsalzlösung (0,75proc.) bei Erwärmung derselben bis zu 75° hergestellt. Danach wird sie filtrirt und dann in fliessendem Dampf (100°) sterilisirt. Dem zu Operirenden wird die Lösung in die Vena med. oder cephal. gegossen, wobei der die Lösung enthaltende Irrigator 60—70 cm hoch steht. Eingiessungen werden zu wiederholten Malen vorgenommen, bis zu 5 mal. Die eingeführte Gesammtmenge betrug 150—1350 ccm.

Bei kurzdauernden Operationen ist eine einmalige Eingiessung hinreichend.

(Wenn sich diese Anästhesie bewähren sollte, so würde das einen bedeutenden Fortschritt für rhino-laryngologische Operationen bedeuten. Referent.)

P. HELLAT.

19) **E. Avril. Die Cocainomanie. (La cocaïnomanie.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Die Cocainomanie entsteht entweder auf nasalem Wege durch Schnupfen oder Einstäubung hoher Dosen von Cocain (Verf. zählt 6 solcher Krankengeschichten auf) oder im Anschluss an Cocaininjectionen, die bei Morphinisten während der Entziehungscur als Linderungsmittel gebraucht werden. Die Cocainintoxication, auf nasalem Wege entstanden, ist weniger schwer als die Intoxication im Anschluss an Injectionen. Bei der Cocainomanie nasalen Ursprunges fehlt das Fremdkörpergefühl in der Haut und der dadurch bedingte lästige Juckreiz. Bei der Cocainomanie, entstanden auf nasalem Wege, gelingt die Heilung nicht selten auch ohne Anstaltsbehandlung.

OPPIKOFER.

20) **Ernest B. Bradley. Tod in Narkose infolge Status lymphaticus. (A death under anesthesia due to status lymphaticus.)** *Journal American Medical Association. 8. Mai 1910.*

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, bei dem zum Zweck der Operation von tuberculösen Halsdrüsen die Narkose gemacht wurde, und zwar wurde sie mit einigen Tropfen Chloroform eingeleitet und mit Aether fortgesetzt. Nach fünfviertelstündiger Operation Exitus infolge gleichzeitigen Herz- und Athemstillstandes. Vollständige Section verweigert. Die Thymusdrüse wog 9 g, die vom Halse entfernten Drüsen zusammen 92 g.

EMIL MAYER.

21) **August Schachner. Demonstration von Doyens Anästhesirungsapparat. (Exhibition of Doyens Anesthetic apparatus.)** *Kentucky Medical Journal. 15. December 1909.*

Beschreibung eines in seinen Hauptbestandtheilen aus Intubationstube, Mundsperrer und Chloroformtropfvorrichtung bestehenden Apparates, der es ermöglicht, in Nase und Mundhöhle zu operiren, ohne dass Blut in die Luftwege geräth, genau das Princip der Kuhn'schen peroralen Tubage. EMIL MAYER.

22) **Arth. Hartmann** (Berlin). **Ein sterilisirbarer Höllensteinhalter.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Beschreibung eines kleinen Instrumentchens, das einen in Bezug auf Asepsis einwandfreien Ersatz der üblichen Federposen oder Holzhülsen darstellt.

ZARNIKO.

23) **Harold Hays. Einige Halsinstrumente. (Some instruments for throat work.)** *American Journal of Surgery. Juli 1910.*

Ein Zungenspatel, Tonsillenmesser, Kryptendilatator und -Irrigator werden beschrieben. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Harvey Cushing. Die Functionen der Hypophysis. (The functions of the pituitary body.)** *American Journal of the Medical Sciences. April 1910.*

Verf. giebt eine zusammenfassende Uebersicht über unsere Kenntnisse betreffend die Function der Hypophysis. EMIL MAYER.

25) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Frage der Hypophysisoperation.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Die zuerst von Schloffer ausgeführte Operation eines Hypophysentumors ist ursprünglich von Löwe angegeben. Derselbe empfiehlt aber im vorliegenden Artikel zu demselben Zweck die Pharyngotomia suprahyoidea, mit der man einfacher und vollkommener zum Ziele käme. Details in der Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Jahrg. 43. No. 3. ZARNIKO.

26) **J. Montgomery West. Die Chirurgie der Hypophysis vom Standpunkt der Rhinologen. (The surgery of the hypophysis from the standpoint of the rhinologist.)** *Journal American Medical Association. 2. April 1910.*

Verf. schlägt einen transnasalen Weg vor; man folgt dabei zum Keilbein der Zuckerkandl'schen Linie, entfernt soviel wie nöthig ist von den Muscheln, die ganze vordere Keilbeinhöhlenwand, ein viereckiges Stück vom Septum nebst dem Septum sphenoidale und eröffnet schliesslich die Sella turcica. Er meint, dass der grössere Theil dieser Operation unter Localanästhesie vorgenommen werden kann. Durch Adrenalinanwendung kann die Nase so erweitert werden, dass man einen grossen Abschnitt der vorderen Keilbeinhöhlenwand mit der Rhinoscopia anterior sehen kann. Die Eröffnung der Keilbeinhöhle ist heute eine alltägliche Operation und es bedeutet nur einen Schritt weiter, wenn man durch die

Keilbeinhöhle hindurch die Sella turcica in Angriff nimmt. Die Methode eignet sich besonders, um den unteren und hinteren Theil der Hypophysis zu entfernen.

EMIL MAYER.

27) **O. Hirsch. Operation eines Hypophysentumors auf endonasalem Wege.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 8. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1910.*

Die etappenweise mit bestem Erfolge ausgeführte Operation beruht in der endonasalen, breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle, Aufmeisselung des Hypophysenwulstes, Schlitzung der Dura und schliesslich in der Freilegung und partiellen Entfernung des Tumors.

Die grossen Vortheile dieser Methode sind zunächst die Localanästhesie, der Wegfall jeder äusseren Verletzung, sowie die minimale Blutung.

HANSZEL.

28) **O. Hirsch. Zur endonasalen Operation von Hypophysentumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1910.*

H. berichtet über eine neuere Methode seines endonasalen Operationsweges, wobei beide Keilbeinhöhlen und der Hypophysenwulst in einer Sitzung in Localanästhesie bei minimaler Infectionsgefahr eröffnet werden. Die submucöse Septumresection dehnt sich auch auf das Rostrum sphenoidale, sowie auf die vordere Wand beider Keilbeinhöhlen aus, wodurch der Hypophysenwulst in einer allen Anforderungen entsprechenden Weise freigelegt erscheint.

HANSZEL.

29) **O. Hirsch. Endonasale Operation der Hypophyse.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 17. Juni 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1910.*

Auch diesen zweiten Fall operirte H. in Localanästhesie, diesmal in einer Sitzung und mit Benutzung der submucösen Septumresection zur Eröffnung der Keilbeinhöhle bezw. Freilegung der Hypophyse, was die Infectionsgefahr durch Schaffung eines von der Nasenhöhle abgesonderten Raumes auf ein Minimum reducirt.

HANSZEL.

30) **Fein** (Wien). **Zur Operation der Hypophyse.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1910.*

Durch Versuche am Cadaver konnte sich F. überzeugen, dass der Weg durch die Kieferhöhle, Siebbein, Keilbeinhöhle zur Hypophyse die Vorzüge der von Hirsch angegebenen endonasalen Operationen mit denen der Schloffer'schen Methode zweckmässig vereinigt.

HANSZEL.

31) **Karl Kofler** (Wien). **Beitrag zur Behandlung mittlerer Synechien.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung eines Falles von diffuser theils fibröser, theils knöchener Synechiebildung einer Nasenseite mit complicirender Thränennasensackfistel als Folge einer Masernerkrankung in der Jugend. Da intranasale Eingriffe versagten, Operation nach Denker, die unter entsprechender Nachbehandlung einiger Complicationen sowohl bezüglich Wiederherstellung der Luftdurchgängigkeit der Nase, wie auch dauernder Freilegung des Ductus nasolacrymalis und Beseitigung der

Fistel zu einem sehr befriedigenden Resultate führte. Anschliessend Erörterung der mannigfachen Methoden zur Beseitigung intranasaler Synechien, je nach Sitz und Symptomen, unter deren Aufzählung Ref. die für manche Fälle sehr geeignete Verwendung der Elektrolyse vermisst. HECHT.

32) Kaufmann. **Behandlung der nasalen Synechien durch Caoutchoucdilatation. (Traitement des synechies nasales par la dilatation caoutchoutée.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 21. 1910.*

Es werden drei Fälle mitgetheilt, bei denen zur Dilatation gewöhnliche Drainröhren von 5—10 mm Dicke in die Nase eingeführt wurden. Im ersten Falle handelte es sich um eine rechtsseitige Obstruction der Nase aus unbekannter Ursache. Die Obstruction war eine totale und durch eine breite Synechie bedingt. K. operirte durch Incision von aussen, entfernte alles Nachbargewebe und glaubte eine volle Passage hergestellt zu haben. Als er den Patienten 10 Tage später sah, bestand nur noch eine schmale Spalte an Stelle der durch Operation erzeugten Höhle. Caoutshoucdilatation und Heilung in 2 Wochen. Im zweiten Falle entstand eine operative Synechie nach Abtragung einer Crista und der unteren Muschel. Heilung durch Dehnung mittels Caoutshoucdrains. Im dritten Falle handelte es sich um eine, vielleicht heredosyphilitische Rhinitis mit starker Hypertrophie der unteren Muschel. Heilung durch antisyphilitische Cur verbunden mit elastischer Dilatation. Die Technik ist einfach. Es genügt, alle zwei Tage das Drain zu wechseln und die Nase mit H_2O_2 zu desinficiren. LAUTMANN.

33) H. Gradle. **Intraoculäre Erkrankungen verursacht durch Nebenhöhlenaffectionen. (On intraocular disease brought on by disease of the nasal sinuses.)** *Ophthalmology. April 1909.*

Verf. bespricht erstens die Fälle, in denen keine acuten Augenerkrankungen, sondern nur Symptome seitens des Auges — Schmerzen, Asthenopie — vorhanden sind, dann die von der Nase ausgehenden Erkrankungen des Thränenapparates, ferner die phlyctenuläre Keratitis, Erkrankungen des N. opticus vom Siebbein und Keilbein aus. Verf. berichtet über vier Fälle von Chorioiditis mit mehr oder minder ausgesprochener Betheiligung der Retina, die mit Sinuserkrankungen auf derselben Seite einhergingen; Verf. hält einen Zusammenhang zwar nicht für absolut bewiesen, aber für wahrscheinlich. EMIL MAYER.

34) Christian R. Holmes. **Secundäre Erkrankungen des Auges und der Orbita bei pathologischen Veränderungen in der Nase und den Nebenhöhlen. (Diseases of the eye and orbit secondary to pathologic changes in the nose and accessory sinuses.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. stimmt mit Birch-Hirschfeld's Ansichten über den Gegenstand überein. In Bezug auf Diagnose und Behandlung bei Verdacht auf Stirnhöhlenempyem steht Verf. auf dem Standpunkt, man solle, wenn alle diagnostischen Hülfsmittel im Stich lassen, eine probatorische Eröffnung der Stirnhöhle von aussen machen. Seit dem Jahre 1895 hat er oft in solchen Fällen eine kleine Oeffnung mit dem Drillbohrer gemacht, und wenn die Höhle gesund gefunden wurde, wieder

zugenäht. Die Heilung erfolgt immer per primam und nach 2 Wochen ist kaum eine Narbe auffindbar.

Verf. warnt davor, in Fällen, wo man es mit einer Streptokokkeninfection zu thun hat, wenige Tage vor einer ausgedehnten äusseren Operation kleine intranasale Eingriffe zu machen, da dadurch die vorhandenen Streptokokken zu höherer Virulenz angefacht würden und die Gefahr einer erysipelatösen Infection der Hautwunde bestände.

Wenn es bei einer acuten Stirnhöhlenentzündung sich als absolut nothwendig erweist, dem eingeschlossenen Eiter Abfluss zu verschaffen, so empfiehlt es sich am meisten, eine kleine Oeffnung im Stirnhöhlenboden anzulegen.

EMIL MAYER.

35) **Onodi. Die oculoorbitalen, intracraniellen und cerebralen Complicationen von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (The oculo-orbital, intracranial and cerebral complications of diseases of the nasal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Scheint identisch mit der in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie etc. Bd. VII. Heft 1 (Ref. Centralbl. 1910. S. 404) erschienenen Arbeit des Verf.'s.

EMIL MAYER.

36) **Edward J. Bernstein. Verursachen Nebenhöhlenerkrankungen Keratitis parenchymatosa? (Do diseases of the accessory sinuses cause keratitis parenchymatosa?)** *Annals of Ophthalmology. Januar 1910.*

Sorgfältige Untersuchungen führen zu einer negativen Beantwortung der Frage.

EMIL MAYER.

37) **L. Laub** (Budapest). **Durch Nebenhöhlenerkrankung verursachte Erblindung. Operation. Heilung.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1910.*

Vor 8 Jahren Lues. Seit 3 Jahren Kopfschmerzen, Schwindel und Naseneiterung. Oedem der Stirngegend. Papillitis auf beiden Augen, rechts stärker, mit beginnender Atrophie und Amaurose. Nasengänge mit Borken ausgefüllt. Es wurde viel nekrotischer Knochen entfernt, beide eiternde Keilbeinhöhlen eröffnet. Mit Ausnahme der rechten Stirnhöhle eiterten sämmtliche Nebenhöhlen. Die linke Keilbeinhöhle wurde ausgekratzt. Nach 14tägiger Behandlung mit Spülungen wesentliche Besserung, Aufhören der Kopfschmerzen. Schmiercur, Jodkali, jedoch keine Besserung des Sehvermögens. Nach Punction einer hinteren Siebbeinzelle rechts floss viel schleimiges Secret ab und Patient entdeckte sofort, dass er wieder sehen konnte.

POLYAK.

38) **Joseph C. Beck. Vaccinetherapie bei einigen Eiterungen in Nase und Ohr; sowie Technik der Bestimmung des opsonischen Index. (Vaccine therapy in some supparations of the nose and ear; also technic for determining opsonic index.)** *The Largngoscope. Mai 1908.*

Verf. verfügt über 11 Fälle; alle Fälle waren, bevor die Therapie mit entogenen Vaccinen eingeleitet wurde, ohne Erfolg mit den üblichen Methoden behandelt worden. In allen wurde der opsonische Index niedriger als normal gefunden:

in einem war er 0,3, in dem der Norm am nächsten kommenden 0,76. In allen Fällen ohne Ausnahme war eine entschiedene Besserung zu beobachten und einige der Fälle sind geheilt, obwohl in den chronischen Fällen nicht genügend lange Zeit vergangen ist, um ein absolut sicheres Urtheil zu fällen. EMIL MAYER.

39) **Cornelius G. Coakley. Erkrankungen der Nebenhöhlen, bei denen Operationen von aussen indicirt sind. (Diseased conditions involving the accessory sinuses in which external operation is indicated.)** *Journal of the American Medical Association. 23. September 1909.*

Vor der Entscheidung, ob intranasale oder äussere Operation, ist nöthig, alle diagnostischen Hülfsmittel zu erschöpfen, ferner den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten zu erwägen, wenn möglich auch zu entscheiden, ob es sich um eine einfache Entzündung eines vorher gesund gewesenen Sinus oder eine acute Exacerbation eines chronisch erkrankten handelt, denn in letzterem Falle ist es besser, die äussere Operation zu verschieben, bis die acuten Symptome verschwunden sind.

Die chronischen Erkrankungen der Stirn-. Siebbein- und Keilbeinhöhle, die äussere Operation erfordern, sind folgende: Bei Polypenbildung in der Nase; bei sehr grosser Stirnhöhle mit ausgedehnten Ausbuchtungen; bei geschlossenen Stirnhöhlenempyemen (häufige Attacken von Supraorbitalschmerz ohne erheblichen Ausfluss bei positivem Röntgenbefund); bei Cysten der Stirnhöhle und des Siebbeins; bei Fistelbildung.

Chronische Oberkieferhöhlenempyeme heilen nach C.'s Erfahrung fast immer aus, wenn eine grosse Oeffnung vom unteren Nasengang angelegt wird; heilen sie danach nicht, so fahndet er auf Erkrankungen der anderen Höhlen, nach deren Behandlung dann auch das Antrum ausheilt. EMIL MAYER.

40) **Hanau W. Loeb. Eitrige Nebenhöhlenerkrankungen, bei denen eine intranasale Operation indicirt ist. (Suppurative accessory sinus diseases in which an intranasal operation is indicated.)** *Journal of the American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. empfiehlt für die Oberkieferhöhlenempyeme die Eröffnung vom unteren Nasengang und beschreibt die Technik der Operation; der intranasalen Operation bei Stirnhöhlenempyem räumt er nur eine beschränkte Berechtigung ein. Was die Keilbeinhöhle anbetrifft, so erinnert L. an eine vor zwei Jahren gemachte Beobachtung, dass nämlich in Fällen, in welchen die mittlere Muschel nach hinten und unten geneigt ist, der Boden der Keilbeinhöhle in einem niedrigeren Niveau liegt als das Siebbein. Diese Beobachtung wird, wie die Abbildungen zeigen, durch die vorliegende Arbeit bestätigt. EMIL MAYER.

41) **Charles M. Robertson. Neue Lappenbildung für die Radicaloperation bei Nebenhöhleneiterungen. (New flap in the radical operation on the accessory sinuses.)** *Chicago Medical Review. Februar 1909.*

Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina, Fortnahme der facialen Antrumwand, von dort aus Ausräumung der Siebbeinzellen und des Keilbeins, Wegnahme der nasalen Antrumwand im unteren Nasengang unter Schonung der

Schleimhaut. Der Lappen aus dieser, der dann auf die Antrumwand tamponirt wird, wird so gebildet, dass von den Enden einer centralen Incision zwei diagonale Schnitte nach oben und unten gelegt werden. EMIL MAYER.

42) **Ilurre** (Bilbao). **Eitrige chronische rechtsseitige Pelysinusitis. (Polisinusitis supurada crónica del lade dereche.)** *Siglo Medico. 30. Januar 1909.*

Bericht über einen nach Killian-Moure operirten Fall. TAPIA.

43) **Berajas** (Madrid). **Sinusoperationen unter Localanästhesie. (Intervenciónes en les senos con anestesia local.)** *Boletin de Laringologia etc. Januar-Februar 1910.*

Verf. operirt unter Localanästhesie — hervorgerufen durch Injectionen von 20proc. Cocainlösung — nach Caldwell-Luc, Ogston-Luc und Rougé.

TAPIA.

44) **Eschweiler** (Bonn). **Röntgenphotographie bei Stirnhöhlenempyem.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 326. 1909.*

Demonstration von 6 Platten, die von 4 nachträglich operirten Patienten gewonnen waren. „In einem Falle von asymmetrisch entwickelten Stirnhöhlen liess das Röntgenbild völlig im Stich und war eher geeignet, ganz falsche Vorstellungen von der Stirnhöhlentopographie bei dem Patienten zu erwecken.“ ZARNIKO.

45) **Thomas Chew Worthington. Die intranasale Stirnhöhlenoperation. (The intranasal frontal sinus operation.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Verf. führt zu Gunsten der radicalen intranasalen Stirnhöhlenoperation an: „Die Höhle kann leicht und sicher eröffnet und durch die Nase drainirt werden; die Operation kann unter Cocain-Adrenalin fast schmerz- und blutlos gemacht werden; die Resultate sind im Vergleich mit der äusseren Operation günstig und es resultirt keine Deformität; ist die intranasale Operation erfolglos geblieben, so bleibt immer noch die Möglichkeit der Operation von aussen.“ Verf. verfügt über 59 so operirte Fälle, 29 Männer und 30 Frauen. Der jüngste Patient war $9^3/_4$ Jahr, der älteste 69 Jahre alt. Aus den in diesen Fällen erzielten Resultaten glaubt Verf. schliessen zu dürfen, dass die grosse Mehrzahl der Fälle auf intranasalem Wege geheilt oder gebessert werden kann, dass die Gefahr der Operation nicht grösser ist, als beim äusseren Eingriff; die Gefahren des inneren wie des äusseren Eingriffs vermindern sich mit den anatomischen Kenntnissen und der operativen Geschicklichkeit des Operateurs, wobei die Hülfe der Röntgenstrahlen unschätzbar ist. Zum Schluss stellt Verf. die Behauptung auf, dass die Nebenhöhlen gewöhnlich durch eine äussere Operation nicht so gut drainirt werden können, wie durch eine intranasale. EMIL MAYER.

46) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

In Fällen, in denen nach der intranasalen Operation nicht innerhalb einiger Wochen Heilung eintritt, soll die Stirnhöhle von aussen geöffnet und ausgeräumt werden. Der durch die intranasale Operation geschaffene Drainagecanal garantirt freie Drainage in die Nase und vermindert die Gefahr einer äusseren Operation.

Wahrscheinlich heilen 95 pCt. aller geeigneten Fälle innerhalb 6 Wochen bis 6 Monate. Verf. meint, dass in allen Fällen von Stirnhöhleneiterung in der Praxis zunächst die intranasale Drainage versucht werden soll; am einfachsten für Arzt und Patient, sowie am sichersten sei die vom Verf. für diesen Zweck angegebene Operation.

EMIL MAYER.

47) **N. J. Cuperus** (Zwolle). **Ein geheilter Fall von Mucocele der Stirnhöhle mit Tumor orbitae. (Een genezen geval van mucocele van den sinus frontalis met tumor orbitae.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 396. 1910.*

Frau, 65 Jahre alt, klagt die letzten Jahre über zeitweise Schmerzen, eine Schwellung oberhalb des linken Auges und Doppelbilder. Keine Nasenbeschwerden; Nasenspiegelbild normal. Der linke Bulbus ist nach unten und aussen verlagert; fluctuirende Schwellung am ganzen oberen Orbitalrand entlang. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nur nach oben ein wenig eingeschränkt. Keine Entzündungserscheinungen. Bei der Operation wurde aus der Augenhöhle und aus der Stirnhöhle eine grosse Menge geleeartiger, schleimiger Flüssigkeit entleert. Einwärts vom oberen Orbitalrand eine Perforation im Orbitaldach. Die Stirnhöhle war enorm gross; es bestand auch ein Defect in deren Innenwand. Tamponade. Die Secretion wurde während dieser Behandlung immer mehr eitrig, zuletzt stinkend. Patientin wurde dann in der chirurgischen Klinik zu Utrecht nach Kuhnt operirt und genas vollkommen.

H. BURGER.

48) **Rob. Herzenberg** (Moskau). **Zur Casuistik der Stirnhöhlengeschwülste.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1909.*

Mucocele sinus frontalis von ganz fabelhaften Dimensionen. Der Tumor hatte Mannskopfgrösse erreicht, die Wände der Stirnhöhle nach vorn, unten und hinten durchbrochen, das Schläfen- und Stirnhirn bedeutend comprimirt (ohne cerebrale Schädigungen). Der Bulbus oculi war, wie es scheint, infolge einer früheren Entzündung zerstört. Bei der Operation wurden 2 Liter (1800 g) braunrother Flüssigkeit entleert.

ZAKNIKO.

49) **H. Scherrer. Zur Casuistik des Carcinoms des Keilbeins.** *Dissertation. München 1908.*

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von primärem Keilbeinhöhlencarcinom. In Wirklichkeit dürfte diese Beobachtung nicht ohne weiteres unter die primären Keilbeinhöhlencarcinome gerechnet werden, da ja die anatomische Diagnose lautete: „Carcinom der Schädelbasis, von der Parotis ausgehend“. Allerdings ist Verf. mit dieser Sectionsdiagnose nicht einverstanden und sucht an der Hand des klinischen Verlaufes nachzuweisen, dass das Carcinom primär in der Keilbeinhöhle entstanden ist.

Vor Mittheilung seiner Krankengeschichte stellt Sch. die wenigen Fälle von primärem Keilbeinhöhlencarcinom aus der Literatur zusammen. In dieser Statistik werden einerseits Beobachtungen mitgerechnet, bei denen der primäre Sitz in der Keilbeinhöhle durchaus nicht sicher ist und andererseits bleiben einwandsfreie Fälle von primärem Keilbeinhöhlencarcinom, wie die Fälle von Schmiegelow,

Harmer und Glas, Goris, Avellis, Trautmann, Calamida, unberücksichtigt.

OPPIKOFER.

50) **A. Shiga** (Tokio). **Ein neues selbsthaltendes Nasenspeculum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. giebt die Beschreibung eines selbsthaltenden Nasenspeculums, die durch Abbildungen illustrirt wird. Es besteht aus einem eigentlichen Speculumtheil und einem fixirenden Mundstück.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **Simanowski. Entzündliche Erkrankungen adenoiden Gewebes der oberen Luftwege. (Wospalitelnija sabolewanija adenoidnoi tkani werchnich dichatelmich putei.)** *Westnik uschnich gorlawich i nosowich bolesnei. p. 1. 1909.*

Eine Art Vorlesung für Studenten und Anfänger. Als einleitende und sozusagen tonangebende Arbeit für ein eben erscheinendes Specialjournal wenig geeignet.

P. HELLAT.

52) **Ernst Wikner. Ueber adenoide Vegetationen und Tuberculose. (Om adenoida vegetationer och tuberkulos.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 4. April 1910.*

Vom Verf. wurden 27 adenoide Vegetationen untersucht, die 13 Knaben und 14 Mädchen im Alter von 5—20 Jahren entfernt waren. Die meisten Kinder gehörten der Gemeindeschule an und hatten wegen Nasen-, Ohren- und Halsbeschwerden die Ohren-Poliklinik aufgesucht. Die entfernten Vegetationen hat Verf. auf folgende Weise behandelt: Die vom Blut befreite Drüse wurde in einem Mörser (event. mit feinem Sand) mit physiologischer Kochsalzlösung zusammen gestossen; nachdem die auf diese Weise erhaltene dickflüssige Masse filtrirt worden war, wurden davon 1 (bisweilen 2) ccm in die Leistengegend eines Meerschweinchens injicirt. Nur einmal konnte Verf. Tuberkelbacillen in adenoiden Vegetationen nachweisen; indessen sagt er selbst, dass dieser Fall keinen Beweis für das Vorkommen der Tuberkelbacillen in den adenoiden Vegetationen liefert, da die Anwesenheit der Bacillen auf der Oberfläche der Drüse durch die Untersuchungmethode nicht ausgeschlossen war. Soviel lehren jedoch diese Untersuchungen, dass die Tuberculose keine häufige Complication bei den adenoiden Vegetationen ist.

E. STANGENBERG.

53) **Potherat** (Paris). **Nasenrachenpolyp. (Polype naso-pharyngien.)** *Bulletin de la Société de Chirurgie. 5. Mai 1910.*

Das Fibrom nahm den Nasenrachen und die linke Nasenhöhle ein und machte während seines 10jährigen Bestehens keine anderen Symptome, als die der mechanischen Nasenverstopfung. Verf. hat den Tumor per vias naturales völlig entfernt; dieses Verfahren sollte nach ihm die Regel bilden.

GONTIER de la ROCHE.

54) **Hopmann** (Cöln). **Ueber Nasenrachenfibrome.** (Discussion.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1910.*

H. berichtigt gegenüber Koschier's Angabe (Wien. kl. Wochenschr. 1909. No. 50), wonach H. nur vom Munde aus operire, dass er wiederholt und haupt-

sächlich die Instrumente durch die Nase einführe, und bespricht seine neueren diesbezüglichen Arbeiten.

HANSZEL.

55) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenrachenfibrome. Erwiderung auf obige Mittheilung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1910.*

Nochmalige Betonung der Vorzüge eines übersichtlichen Operationsfeldes gegenüber dem Hopmann'schen Verfahren, bei welchem man sich zu sehr auf den Tastsinn verlassen muss.

HANSZEL.

56) **Koschier. Carcinom des Nasenrachens.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 28. Januar 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1910.*

K. beobachtet ein histologisch sichergestelltes Carcinom der Nase einer Frau seit 8 Jahren und konnte sich überzeugen, dass der Tumor nicht wesentlich wuchs. Operation wurde seiner Zeit und wird auch jetzt verweigert. Die wiederholten Probeexcisionen ergaben stets Carc. epitheliale.

HANSZEL.

57) **Botey** (Barcelona). **Neubildungen des Nasenrachenraums und der rechten Rosenmüller'schen Grube; Exstirpation per vias naturales. (Neoplasmas del cavum naso-faringeo y de la fosa derecha de Rosenmüller. Extirpación por las vias naturales.)** *Archivos de Rinologiá. August 1909.*

Die Operation wurde beim sitzenden Patienten in Localanästhesie unter Anwendung des Gaumenhakens mit der Loewenberg'schen Zange und den Lubet-Berton'schen Curetten entfernt: starke Blutung; die Apophysis basilaris, ein Theil der Keilbeinhöhle und die Innenfläche des Processus pterygoideus wurden freigelegt. Es handelte sich um ein teleangiectatisches Fibromyxom. Nach 9 Monaten kein Recidiv.

TAPIA.

58) **Mayer. Gefahren der Tamponade des Nasenrachenraums. (Dangers of tamponade of the nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Nach Tamponade des Nasenrachenraums wegen heftiger Blutung bei einem 16jährigen Knaben entstand doppelseitige Otitis media mit Betheiligung des Warzenfortsatzes, beiderseitige eitrige Erkrankung der Highmorshöhle, Ausbreitung der Entzündung auf die rechte Orbita mit Bildung einer Orbitalphlegmone.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

59) **M. Lagarde. Die Quecksilberstomatitis. (La stomatite mercurielle.)** *Diss. Paris 1909.*

L. nahm bei 28 Fällen mercurieller Stomatitis die bakteriologische Untersuchung vor und fand neben Spirillen und anderen Bakterien, hauptsächlich Streptokokken, regelmässig den Bacillus fusiformis. Verf. ist deshalb der Anschauung, dass die mercurielle Stomatitis auf die Entwickelung des Bacillus fusiformis zurückzuführen sei.

OPPIKOFER.

60) **Eugen S. Talbot. Jod als Adstringens, Antisepticum, Desinficiens und keimtödtendes Mittel bei Mundkrankheiten. (Iodin as an adstringent, antiseptic, desinfectant and germicide in mouth diseases.)** *Journal American Medical Association. 2. April 1910.*

Verf. bedient sich einer von ihm Jodglycerol genannten Mischung, die folgendermaassen zusammengesetzt ist:

Zinkjodid 15 Theile,
Wasser 10 Theile,
Jod 25 Theile,
Glycerin 50 Theile.

Er wendet es auch als Desinficiens vor Operationen in der Mundhöhle, z. B. Tonsillotomien an.

EMIL MAYER.

61) **Zinsser** (Cöln). **Atrophia cutis reticulans cum pigmentatione, dystrophia unguium et leukoplakia oris.** *Ikonographia dermatol. Fasc. V. 1910.*

Bei einem 21 jährigen Kutscher fanden sich neben den eigenartigen Hautveränderungen leukoplakische Erscheinungen an der Schleimhaut der Wange, der Unterlippe, des harten Gaumens und der Zunge.

SEIFERT.

62) **E. Gauthier. Geschwürsbildung bei der Leukoplakie. (L'ulcère leuceplasique et les ulcérations de la leucoplasie.)** *Dissert. Paris 1908.*

Bei der Leukoplakie bilden sich manchmal nicht nur Rhagaden, sondern eigentliche Geschwüre, die mit Lues oder Carcinom nichts zu thun haben. Verf. beobachtete 8 derartige Fälle. Diese bis linsengrossen, wenig schmerzhaften Geschwüre sind flach und an ihrer Peripherie durch eine 1—2 mm tiefe Furche abgegrenzt. Recidive sind häufig.

OPPIKOFER.

63) **Schmitz. Ueber die Operationserfolge bei Lippencarcinom.** *Dissertation. München 1908.*

Unter 54 Fällen von Lippencarcinom aus der Münchener chirurgischen Klinik war 49 mal das männliche und 5 mal das weibliche Geschlecht betroffen. 7 mal localisirte sich das Carcinom an der Oberlippe. Die Operation ergab 66,7 pCt. Heilungen.

Die Krankengeschichten der 54 Fälle werden wiedergegeben.

OPPIKOFER.

64) **Merz-Weigandt** (Eger). **Eine Lippenklemme.** *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 39. 1910.*

Analog den von den Augenärzten verwendeten Lidklemmen liess Autor eine Lippenklemme anfertigen, die dazu dient, das Operationsfeld sowohl blutleer zu machen wie auch es zu fixiren. Nach Anästhesirung der Lippe „wird die Klemme so angelegt, dass die Lippe zwischen die beiden federnden Theile geschoben wird, dann wird die Flügelschraube angezogen, und auf diese Weise die Blutzufuhr zu dem abgeklemmten Theil vollständig unterbrochen". Die linke Hand nimmt nun das Instrument beim Griff, fixirt damit das Operationsfeld und erspart hierdurch eine Assistenz. Die Lippenklemme ist in der Mittheilung abgebildet.

HECHT.

65) **Delie. Beiträge zum Studium der Angina Ludovici.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 29. 1910.*

Die Beiträge bestehen zunächst in einer genauen anatomischen Studie des Zungenbodens. Als klinische Charaktere giebt Delie die folgenden an: 1. Rapides Anschwellen der sublingualen Falte; 2. brettharte Schwellung des Mundbodens, die absolut keine Fluctuation durchfühlen lässt; 3. Mangel jeder pathologischen Verfärbung der durch die Schwellung emporgehobenen Haut des Halses. Später allerdings unter dem wachsenden Drucke wird die Haut anfangs anämisch, bis sie zu nekrotisiren beginnt. 4. Septischer Allgemeinzustand. Die Behandlung kann natürlich nur eine chirurgische sein. Am vortheilhaftesten ist es, den Abscess vom Mundboden anzugreifen, wie es namentlich letzthin auch Jacques wieder angegeben hat. Es genügt, nur einen Schleimhautschnitt längs des Wulstes entlang der Zunge zu machen und den Rest der Operation mittels Hohlsonde zu Ende zu führen. Wenn die Eröffnung von innen her nicht möglich ist, so bleibt die Eröffnung von aussen übrig, uud zwar entweder durch einen Einschnitt lateral oder medial oberhalb des Zungenbeines. Der mediale Einschnitt geht direct durch die Raphe durch. Lebenswichtige Organe können hierbei nicht verletzt werden. Am ehesten ist es noch möglich, den Nervus hypoglossus zu verletzen, was keine besonderen Folgen nach sich zieht. Zwei Krankengeschichten begleiten die Arbeit. Merkwürdigerweise hat der Autor in keinem Falle die von ihm so warm empfohlene Eröffnung vom Munde aus gemacht, sondern beide Male von aussen auf den Abscess eingeschnitten, einmal in die Medianlinie und einmal lateral.

LAUTMANN.

66) **Harold Neuhof. Eine Epidemie von Noma. (An epidemic of noma.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Regelmässig fand sich bei der Noma an der Grenze zwischen dem normalen und nekrotischen Gewebe ein Streptothrix, der durch ein dickes Myceliennetzwerk charakterisirt war; von den Mycelien erstreckten sich feine Fäden und Spirillen in das angrenzende Gewebe. Es fanden sich niemals andere Mikroorganismen. Der Streptothrix war bereits in dem prägangränösen Stadium der Krankheit anwesend. In diesem Stadium ist auch eine chirurgische Behandlung angezeigt, während später, wenn erst die Ulceration sich ausgebreitet hat, die conservative Behandlung die besten Resultate giebt. Narkose sollte in jedem Fall wegen der Gefahr einer septischen Pneumonie vermieden werden.

EMIL MAYER.

67) **William C. Lusk. Ein Fall von Noma mit nachfolgender Narbencontraction des Kiefers. (A case of noma followed by cicatricial contraction of the jaw.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Patientin, ein 4 Jahre altes Mädchen, war wegen einer schweren Hautabschürfung am Bein infolge Ueberfahrenwerdens ins Hospital aufgenommen, 14 Tage später Stomatitis infolge Sublimatbehandlung der Wunde; es fanden sich Streptokokken, Staphylokokken und Diplokokken. Links, auf welcher Seite das Kind lag, Besserung unter Antitoxin und antiseptischen Spülungen. Rechts musste das Infitlrat excidirt werden; die Wundfläche wurde mit reinem Carbol, dann 2

bis 3 Minuten danach mit Alkohol behandelt. Der Process kam zum Stillstand, doch resultirte eine Kieferklemme, wegen deren eine Plastik gemacht wurde. Jedoch konnten nach 3 Jahren auf der rechten Seite die Zähne nur wenig auseinandergebracht werden. EMIL MAYER.

68) **M. Robitschek** (Wien). **Ein Mundkühler.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 19. 1910.*

Eine Kühlschlange aus Hartglas nach dem Princip des Leiter'schen Apparates, bei schweren Fieberkranken zu empfehlen. HANSZEL.

69) **Joseph C. Beck. Einige Punkte in Anatomie, Pathologie und chirurgischer Behandlung der Gaumenmandeln. (Some points in anatomy, pathology and surgical treatment of the faucial tonsil.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Die Untersuchungen basiren auf 200 entfernten Gaumentonsillen. Es wurde besonders studirt der Margo supratonsillaris, die Plica tonsillaris, die Gaumenbögen und das retrotonsillare Gewebe. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die grösste Arterie an der Grenze zwischen den oberen zwei Dritteln und dem unteren Drittel der Tonsille näher an ihrem hinteren Ende. Die grössten Venen finden sich am unteren Theil der Mandel. Etwas lymphoides Gewebe findet sich aussen von der Kapsel. Diese Gewebe vergleicht Verf. mit den Parathyroiddrüsen; es soll nach Entfernung der Tonsillen deren Function übernehmen. Verf. beschreibt dann verschiedene krankhafte Zustände der Tonsillen.

Verf. empfiehlt die Tonsillectomie; seine Methode differirt von der anderer nur in geringen Details. EMIL MAYER.

70) **Rich. B. Faulkner. Untersuchungen über die Tonsille. (Tonsil research.)** *N. Y. Medical Record. Juli 1910.*

Ein Protest gegen die Operationen an der Tonsille, speciell die Tonsillectomie. EMIL MAYER.

71) **Samuel G. Higgins. Einige neue Gesichtspunkte, die Tonsillen betreffend. (Some recent views concerning the tonsils.)** *Milwaukee Medical Journal. August 1909. Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1909.*

Erkrankungen der Tonsille entstehen in der Regel dadurch, dass das Epithel der Crypten seine Widerstandsfähigkeit gegen Infection eingebüsst hat; dieser Mangel an Widerstandsfähigkeit ist zum Theil die Folge der Hypertrophie, die die Mandel eingeht, wenn der Organismus einer allgemeinen Bakterieninvasion unterworfen war. Verf. räth, nach Aufhören der acuten Entzündungserscheinungen die Crypten mit antiseptischen Lösungen auszuspülen. EMIL MAYER.

72) **G. Trautmann** (München). **Zur Behandlung der Mandelpfröpfe.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

Trautmann schildert eingehend die subjectiven und objectiven Erscheinungen der chronischen folliculären Tonsillitis, ihre Bedeutung für Infectionskrankheiten und die mannigfachen therapeutischen Maassnahmen zu ihrer Beseiti-

gung. Er empfiehlt eine Ausräumung von der Fossa supratonsillaris aus mit stumpfem, winklig abgebogenem Löffel in regelmässigen Intervallen. Der in drei Grössen angefertigte Löffel ist in der Arbeit abgebildet. HECHT.

73) **Sidney Yankauer. Tonsillectomie. (Tonsillectomy.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. schildert seine vier Instrumente, die er für die Operation gebraucht, nämlich eine Zange, um die Tonsille zu fassen, eine über die Fläche gekrümmte Scheere, eine Schlinge, einen stumpfen Separator, sowie deren Anwendungsweise.

Zur Vornahme der Localanästhesie bestimmt Verf. einen bestimmten Punkt, der 1 cm nach vorn und oben vom Processus styloideus liegt, sticht die Nadel so weit ein, bis sie den Knochen berührt und injicirt 15 ccm einer 1 proc. Cocainlösung. Es wird auf diese Weise der N. palatinus medius und posterior anästhesirt. Verf. hat auch in Fällen von Peritonsillarabscess auf diese Weise für die Incision eine völlige Unempfindlichkeit erzielen können. EMIL MAYER.

74) **Dunbar Roy. Ein Wort für die frühzeitige und gründliche Entfernung der Tonsille und Adenoiden bei Kindern. (A plea for the early and thorough removal of tonsil and adenoids in children.)** *The Charlotte Medical Journal. October 1909.*

Verf. erörtert die Rolle, die die Mandeln als Eintrittspforte für Infectionen (Exantheme, besonders Scharlach, acuten Gelenkrheumatismus, seltene Fälle von Typhus, Skrophulose und Tuberculose) spielen. Aus seinen Ausführungen ergiebt sich die Nothwendigkeit, Tonsillen und Adenoide radical zu entfernen.

EMIL MAYER.

75) **E. V. Hubbard. Entfernung der Tonsillen. (Tonsil removal.)** *N. Y. Medical Record. 4. December 1909.*

Verf. erörtert die Functionen der Tonsillen und die Methoden ihrer Entfernung. Er selbst benutzt die kalte Schlinge; auch hat er eine Harpune angegeben, um die Tonsille aus ihrem Bett herauszuheben. LEFFERTS

76) **A. Morgan Mac Whinnie. Löffelenucleation der Tonsille. (Spoon enucleation of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Verf. benutzt, nachdem die Tonsille gefasst und vorgezogen ist, einen Löffel, der zwischen die hinteren Gaumenbögen und die Tonsillarkapsel eingeführt und von dem die Tonsille schnell von unten nach oben zu der Fossa supratonsillaris abgelöst wird. Dann wird der Löffel schnell nach vorn bewegt und die Tonsille mit dem dahinter liegenden Bindegewebe getrennt. Dasselbe wird unten und oben gemacht. Der Löffel hat halbscharfe Ränder. LEFFERTS.

77) **O. A. Lothrop. Tonsillectomie mit besonderer Berücksichtigung einiger neuer Punkte in der Technik. (Tonsillectomy with special reference to recent points in technic.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juni 1910.*

Verf. beschreibt die von ihm angewandte Technik der Operation und giebt Anweisungen für die Maassnahmen bei Blutung: Eindrücken eines Wattebausches mindestens drei Minuten lang in die Mandelnische, Vorziehen des vorderen Gau-

menbogens und Fassen eines eventuell blutenden Gefässes; eventuell Naht der Gaumenbögen; im äussersten Nothfall Anlegen einer Tonsillenklemme. Er warnt vor Anwendung von Adstringentien und Adrenalin. EMIL MAYER.

78) **W. H. Roberts. Ist die Tonsillectomie eine geeignete Operation? (Is tonsillectomy a proper operation?)** *Southern California Praticioner. Juni 1910.*

Nach den in früheren Jahren mit der Tonsillotomie erzielten mässigen Resultaten macht der Verf. seit einer Reihe von Jahren zu seiner grossen Zufriedenheit die Tonsillectomie. EMIL MAYER.

79) **Tenzer** (Wien). **Ueber die Radicaloperation der Tonsille (Tonsillectomie).** *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Die Operation ist indicirt in jenen Fällen chronisch eitriger Tonsillitis bei Erwachsenen, in denen die Mandeln nicht zwischen den Gaumenbögen hervorragen und häufig Anginen und peritonsilläre Abscesse auftreten, ferner bei prominenten Mandeln nach erfolgloser conservativer Behandlung. Die Operation, d. h. die Enucleation, soll nicht ambulatorisch vorgenommen werden.

HANSZEL.

80) **Réthi** (Wien). **Zur Frage der vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillectomie).** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1910.*

Begrenzung der Indication zur Tonsillectomie: fruchtlose conservative Behandlung, Gefahr allgemeiner Erkrankung, wie Gelenkentzündungen im Anschluss an Anginen. Besondere Vorsicht bei Sängern nöthig, da nach Tonsillectomie Stimmverlust beobachtet. HANSZEL.

81) **A. Meyer. Blutungen nach Tonsillectomie. (Les hémorragies après l'amygdalotomie.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 3.*

Eine gute Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Häufigkeit, Ursachen und Behandlung an Blutungen nach Mandeloperationen. Der Eindruck M.'s ist, dass die Blutungen, wenigstens die lebensgefährlichen, eine grosse Seltenheit sind. Soweit man sich auf die diesbezüglichen Publicationen verlassen kann, scheint es allerdings so zu sein. Denn wenn Voss z. B. auf 397 Mandeloperationen 17 starke Blutungen hatte, so steht er vereinzelt da, und behaupten z. B. Elsberg, Warren u. a. bei über 1000 Mandeloperationen keine einzige bedrohliche Blutung constatirt zu haben. Thatsache ist wohl, dass die Autoren eben diese unangenehme Complication nicht jedesmal zum Gegenstand einer eigenen Publication machen. Es ist M. vollkommen zuzustimmen, wenn er abräth, viel von der medicinischen Behandlung einer Blutung zu erwarten, und den Rath giebt, sich lieber gleich an eines der gebräuchlichen chirurgischen Mittel der Blutstillung zu wenden, wie Digitalcompression, Compression der Carotis, Torsion des blutenden Gefässes, Naht der Gaumenbögen etc. Nichtsdestoweniger hätte doch ein von Billroth empfohlenes Mittel, Terpentin, direct auf den blutenden Mandelstumpf applicirt, erwähnt werden müssen, schon mit Rücksicht auf den Autor. Desgleichen

ist nicht erwähnt die locale Anwendung des gewöhnlichen Pferdeserums, das man sich in Form eines der gebräuchlichen Heilsera leicht beschaffen kann.

LAUTMANN.

82) **Leo Cohen** (Baltimore). **Chirurgische Methode zur Controle der Nachblutungen bei Mandelentfernung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 481.*

Die Mandelentfernung nimmt Verf. folgendermaassen vor:

Die Mandel wird mit ihrer Kapsel mit einem modificirten Seiler-Septummesser ausgeschält, nachdem sie mit einer Doppelhakenzange (Volsellum) aus ihrem Bette so viel als möglich herausgezogen wurde. Die rechte Mandel wird zuerst entfernt, während ein Assistent die Zunge herunterdrückt. Ein oder mehrere Gazetampons werden in der Fossa tonsillaris unter leichtem aber ständigem Drucke gehalten. Beim Wegnehmen der Tampons eines nach dem andern mit dem untersten angefangen, können wir die Fossa genau inspiciren und den Bluterguss des ganzen Feldes, welches unsere Punkte verdunkelt, verhindern. Ein spritzendes Gefäss wird sofort mit Jackson's Hämostat-Zange gefasst und mit zwei gewöhnlichen Catgut- oder Seidennähten unterbunden. Der Vortheil des Jackson'schen Hämostates ist die breite Spitze, welche die weichen Muskeltheile nicht schneidet und beim Fassen des blutenden Punktes mit einer Seite der Spitze das Binden erleichtert, ohne die Spitze im Knoten zu fangen.

Nachdem alle Gefässe unterbunden sind, wird ein Gegentampon mit Squibb's chirurgischem Pulv. alum. comp. bestreut, in die Grube eingelegt, um jegliches Nachsickern zu verhüten. Die linke Mandel wird in derselben Weise entfernt und im Anschluss daran noch etwaige adenoide Vegetationen entfernt. Die Instrumente sind abgebildet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **A. Pugnat. Fall von halbseitiger Gaumensegellähmung nach einer galvanokaustischen Aetzung der Mandel.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 35. 1910.*

Eine 32jährige Patientin litt an einer chronischen Mandelentzündung. Während einer galvanokaustischen Aetzung verspürte die Patientin einen heftigen Schmerz und constatirte gleichzeitig beim Ausrufe, dass sie näsle. Eine sofortige Untersuchung des Gaumens zeigte, dass die ganze rechte Seite gelähmt war. Die Lähmung nahm anfangs noch zu und ist noch immer nicht geheilt. P. glaubt, dass der Galvanokauter den Nervus pharyngeus (?) getroffen habe.

LAUTMANN.

84) **Julius Sohow. Der Kampf des New Yorker Gesundheitsamts gegen Adenoide und Tonsillen. (The war on adenoids and tonsils by the New York board of health.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Das New Yorker Gesundheitsamt führt einen wahren Krieg gegen die Hyperplasie der Rachen- und Gaumentonsillen. Täglich kommen auf Veranlassung der Schulärzte eine grosse Anzahl von Schulkindern in die Polikliniken und Sprechstunden zur Entfernung der Adenoiden und Tonsillen.

LEFFERTS.

85) **Frank C. Todd. Tonsillenseparator und Tonsillenzange. (Tonsil separator and tonsil forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Beschreibung der Instrumente. EMIL MAYER.

86) **Daniel W. Layman. Ein neues Tonsillenmesser. (A new tonsil knife.)** *Journal American Medical Association. 27. November 1909.*

Ein neues Messer mit Schutzvorrichtung, gleichzeitig zum Zurückziehen des Gaumenbogens. EMIL MAYER.

87) **John O. Mc. Reynolds. Ein neuer Pharynxnadelhalter, besonders zur Naht von Tonsillenwunden nach der Tonsillectomie bestimmt. (A new pharyngeal needle holder, designed especially for suturing the tonsillar wound after tonsillectomy.)** *Journal American Medical Association. 27. November 1909.*

Der Handgriff ist so angeordnet, dass die Hand stets ausserhalb des Gesichtsfeldes liegt. Das Instrument hält die Nadel fest ohne Anwendung einer Schlussvorrichtung, da es darauf ankommt, die Nadel schnell, nachdem sie die Gewebe durchbohrt hat, loszulassen, um mit demselben Instrument die Nadelspitze sofort zu fassen und durchzuziehen. EMIL MAYER.

88) **Gaylord C. Hall. Verbesserte Tonsillentractoren. (Improved tonsil tractors.)** *The Laryngoscope. Januar 1910.*

Beschreibung der Instrumente, die für rechts und links gemacht sind.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

89) **L. Dussillol. Die Nasendiphtherie bei Masern. (Du coryza diphtérique dans la rougeole.)** *Dissert. Bordeaux 1909.*

In den letzten Jahren wurde auf der Kinderklinik Bordeaux (Prof. Moussous) auffallend häufig Nasendiphtherie bei Masern beobachtet. Mittheilung der Krankengeschichten. Die Prognose ist um so ernster, je jünger das Individuum und je schlechter der Allgemeinzustand ist im Momente des Auftretens der Diphtherie. Therapie: Pinselungen und Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd in die Nase, Serumbehandlung und Isolirung. OPPIKOFER.

90) **Thure Hellström. Ueber Diphtherie und Angina phlegmonosa. (Om difteri och flegmonos angina.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 9. September 1910.*

Verf. lenkt hier die Aufmerksamkeit auf Formen von Diphtherie, deren klinisches Bild der phlegmonösen Angina sehr ähnlich ist. Sie werden als phlegmonöse Halsentzündung aufgefasst und behandelt. Auf Grund seiner Erfahrung betont Verf., dass Incisionen im Halse bei ähnlichen Fällen nicht nur contraindicirt sind, sondern auch für den Patienten sehr gefährlich werden können. Dies sucht er durch 5 Krankheitsfälle zu beweisen. Es handelte sich um vollständig gesunde erwachsene Personen, die zufolge der Diagnose einer phlegmonösen Angina incidirt wurden und einige Tage nach der Erkrankung starben. Die bakteriologische Untersuchung zeigte, dass sie an Diphtheritis gelitten hatten.

Auch wenn alle vom Verf. beobachteten Fälle einen dergleichen unglücklichen Verlauf nicht hatten, ist er doch der Meinung, dass alle Diphtheriefälle, die incidirt worden waren, auch wenn sie heil wurden, sich als besonders heftig mit schwerer Intoxication gezeigt haben; als Director eines Epidemiekrankenhauses kann er seine Erfahrung auf mehr als 2000 Diphtheriefälle stützen.

In seiner Arbeit giebt Verf. ausserdem eine für alle Aerzte lehrreiche und interessante Darstellung der klinischen und pathologischen Differentialdiagnose der hier genannten Krankheiten. E. STANGENBERG.

91) **Bluth** (Charlottenburg). **Ein neuer Fall von erythomatoso-vesiculo-pustulösem Hautausschlag nach Diphtherie.** *Med. Klinik. 35. 1910.*

Zu den 7 bisher beschriebenen Fällen (Pflugbeil) fügt B. einen weiteren hinzu, bei welchem Serumeinspritzung als Ursache ausgeschlossen werden konnte. Dass es sich auch nicht um Bakterienembolien der Haut handelte, ging aus dem negativen Ausfall der bakteriologischen Untersuchung von Blaseninhalt hervor.

SEIFERT.

92) **L. Bourguignon. Ueber die Anwendung von Morphiuminjectionen beim Croup des Kindes. (Des injections hypodermiques de morphine dans le croup.)** *Dissert. Bordeaux 1909.*

Einzelne Autoren rühmen die günstige Wirkung der Morphiuminjection bei der kindlichen Larynxdiphtherie. Dieser Auffassung tritt B., gestützt auf 6 Selbstbeobachtungen, entgegen; er warnt vor der Morphiuminjection und setzt all die Gründe auseinander, warum dieselbe schädlich wirkt. OPPIKOFER.

93) **Delobel. Tödtliche laryngo-tracheale Diphtherie.** *Revue hebd. de laryngol. No. 29. 1910.*

Am sterbenden Kinde wurde Tracheotomie gemacht. Durch die Tracheotomiewunde hustete das Kind einen ganzen Abscess des Larynx und der Trachea aus. Durch eine halbe Stunde athmete hierauf das Kind ruhig durch die Canüle, als es plötzlich wieder zu ersticken begann. Vergebens wurde die Canüle herausgenommen, die Trachea ausgebürstet, um nach einem Reste von croupöser Membran zu suchen, die offenbar die Bifurcationsgegend verlegte: das Kind starb. Der Autor bereut, nicht die Guisez'sche Zange zur Tracheoskopie verwendet zu haben. Thatsächlich bietet ein solcher Fall noch eine wenig bekannte Indication für die untere Tracheoskopie. LAUTMANN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **v. Niessl-Mayendorf** (Leipzig). **Die linke dritte Stirnwindung spielt keine Rolle im centralen Mechanismus der Sprache.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. 1910.*

Zum Referat nicht geeignet. HECHT.

95) **L. Alexander Davis. Der Kehlkopf bei der Stimmbildung. (The larynx in voice production.)** *The Canada Lancet. October 1909.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

96) **Ernst Barth** (Berlin). **Bemerkungen zur Arbeit von H. Scheier: „Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme".**

97) **Max Scheier** (Berlin). **Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn E. Barth zu meiner Arbeit: „Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme".**

98) **Ernst Barth** (Berlin). **Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Hugo Stern** (Wien). **Die Bedeutung des sogenannten „primären Tones" für die Stimmbildung.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

100) **Nadoleczny** (München). **Beobachtungen an Gesangsschülern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

Allgemeine Betrachtungen über Fehler der Athmung und Kehlkopfbewegung mit ihren phonasthenischen Folgeerscheinungen, welch' erstere durch instructive pneumographische Aufnahmen selbstbeobachter Fälle illustrirt werden, nebst therapeutischen Erörterungen.

HECHT.

101) **A. Biebendt. Ueber die Kraft des Gaumensegelverschlusses.** *Dissertation. Berlin 1908.*

Auf Veranlassung von Gutzmann maass B. an 100 normal sprechenden Kindern die Kraft des Gaumensegelverschlusses nach der Methode von Hartmann mittels Quecksilbermanometers.

Die Frage, ob bei der Phonation der einzelnen Vokale und Consonanten (mit Ausnahme der nasalen natürlich) ein dichter Abschluss des Retronasalraumes durch das Gaumensegel stattfindet, wird bejaht. Was die Stärke des Verschlusses anbetrifft, so ist derselbe bei den Consonanten stärker als bei den Vocalen; denn die für die Consonanten ermittelten Druckwerthe waren durchwegs höher als bei den Vocalen. Den stärksten Abschluss fand B. beim „ss"; aus diesem Grunde hält es der Autor für vortheilhafter, bei der Politzer'schen Luftdouche zur Erziehung eines möglichst dichten Nasenrachenraumabschlusses den Patienten das „ss" als die bisher üblichen mit k gebildeten Worte aussprechen zu lassen.

OPPIKOFER.

102) **Marage** (Paris). **Die Photographie der Stimme in der medicinischen Praxis. (La photographie de la voix dans la pratique médicale.)** *Académie des sciences. 26. Januar 1910.*

Verf. setzt auseinander, welche Vortheile es für Arzt und Kranken bietet, wenn die Stimmvibrationen mittels seines photographischen Verfahrens vor und nach der Behandlung aufgenommen und die Erfolge täglich so controllirt werden können.

GONTIER de la ROCHE.

103) A. L. Sévaux. **Die Sprachentwickelung beim Kinde. (Le développement du langage chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt an. Die Arbeit ist anziehend geschrieben, enthält aber Bekanntes. OPPIKOFER.

104) H. Stern (Wien). **Die Sprachstörungen im Kindesalter.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 15 ff. 1909.*

Zusammenstellung der wichtigsten Daten in Bezug auf die Pathologie und Therapie der Sprachaffektionen im Kindesalter. CHIARI.

105) H. Claus (Berlin). **Hysterische Schwerhörigkeit, verbunden mit einer eigenartigen hysterischen Aphonie.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 333.*

Es handelt sich bei der 50jährigen Frau um den seltenen Fall einer gleichzeitigen hysterischen Ohr- und Kehlkopfstörung. Die Aphonie verschwand, sobald Patientin die Gehörgänge fest verschloss. OPPIKOFER.

106) Fröschels. **Behandlung des Näselns und Lispelns.** (Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 29. October 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 45. 1909.*

„Geschlossenes Näseln", das oft auch durch einen Krampf des Gaumensegels verursacht wird, kann dadurch beseitigt werden, dass man mit einer durch die Nase eingeführten Sonde den Gaumen niederdrückt. HANSZEL.

107) Stern (Wien). **Grundzüge der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen.** *Med. Klinik. 41. 1910.*

In grossen Zügen wird die Stellung der Sprachheilkunde skizzirt und an der Hand einiger wichtiger Krankheitsbilder die Grundprincipien der Pathologie und Therapie besprochen. SEIFERT.

108) G. Hudson Makuen. **Eine kurze Geschichte der Therapie des Stotterns nebst einigen Bemerkungen über die modernen Behandlungsmethoden. (A brief history of the treatment of stammering with some suggestions as to modern methods.)** *N. Y. Medical Record. 18. December 1909.*

Die Behandlung soll in erster Linie bezwecken, nicht das Stottern zu heilen sondern ein normales Sprechen zu entwickeln; die Heilung des Stotterns folgt dann als natürliche Consequenz. Die Sprache des Stotterers ist in jeder Hinsicht fehlerhaft. Sowohl die centralen wie die peripheren Mechanismen des Sprechens sind in Unordnung und auch das intellectuelle Verhalten beim Sprechact ist ein falsches. Die Behandlung muss also darauf hinzielen, den Patienten völlig von Neuem zu erziehen. Sie muss gleichzeitig bezwecken, die physikalischen Bedingungen für correctes Sprechen wiederherzustellen, wie dem Patienten wieder Vertrauen zu sich zu geben und ihm die Furcht vor dem Stottern zu benehmen. LEFFERTS.

109) **H. H. Martin. Prätabischer Kehlkopfspasmus. (Pretabic laryngeal spasm.)** *Gulf States Journal of Medicine. April 1910.*

Bericht über einen Fall. Der Spasmus bestand auch in den Bronchien und zwar war die Behinderung bei der Exspiration erheblich grösser als beim Inspiriren.

EMIL MAYER.

110) **M. Pellissier. Ueber die phonatorischen und respiratorischen Kehlkopflähmungen cerebralen Ursprunges. (Des paralysies laryngées phonatoires et respiratoires d'origine cérébrale.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Phonation und laryngeale Respiration besitzen ein besonderes Centrum in der Grosshirnrinde.

Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Läsion des Phonationscentrums der einen Seite eine Stimmbandlähmung der anderen Seite bewirke.

Am Ende seiner Arbeit bespricht Verf. eingehend die Krankengeschichte eines Falles cerebraler Stimmbandlähmung. Der betreffende Fall ist aber bereits durch Roque und Chalier veröffentlicht (Ref. im Centralblatt f. Laryng. Bd. 24. 1908. S. 257).

OPPIKOFER.

111) **M. Simonin. Die halbseitige Lähmung von Gaumen und Kehlkopf. (De l'hémiplégie palato-laryngée.)** *Dissert. Paris 1909.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen bespricht S. die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der halbseitigen Lähmungen von Gaumen und Kehlkopf und theilt dann 2 eigene Beobachtungen mit: in beiden Fällen waren die Lähmungen auf Syphilis zurückzuführen und gingen unter Quecksilberinjectionen zurück; bei dem 2. Falle handelte es sich um einen Tabetiker.

OPPIKOFER.

112) **G. Guillain** und **Laroche. Avellis'scher Symptomencomplex bei Tabes. (Le syndrome d'Avellis dans le tabes.)** *Société Médicale des hôpitaux. 27. November 1909.*

Bei einem 39jährigen Mann mit den meisten Symptomen der Tabes (Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Verlust der Reflexe, Ataxie, Augenstörungen etc.). haben Verf. eine ausgesprochene halbseitige Atrophie des Gaumensegels links mit Lähmung der Muskeln und gleichzeitige linksseitige Recurrenslähmung beobachtet. Es bestand keine Zungenatrophie, keine Lähmung der durch den äusseren Ast des N. spinalis innervirten Muskeln. Nach den Verf. kam die Gaumensegel-Kehlkopflähmung in diesem Fall durch eine Veränderung der radiculären Fasern des N. vasospinalis in Folge meningealer Veränderungen zu Stande. Es bestand keine Störung in der Gesichtsmusculatur.

LAUTMANN.

113) **Popow. Fall einer Extraction der Nasensonde aus dem Kehlkopf. (Slutschai iswletschenija nosewowo sonda us gortani.)** *Eshemesjatschnik. No. 8. 1907.*

Die Sonde war beim Pinseln der Nasenhöhle der Patientin entglitten und sammt der Watte in den Kehlkopf geglitten, wobei das eine Ende an das Gewölbe des Nasenrachenraums reichte. Entfernung verlangte eine gewisse Gewalt.

E. HELLAT.

114) **Glas. Fremdkörper des Larynx.** (Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 29. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1910.*

Hühnerknochen, zwischen den Stimmbändern eines Knaben durch fast ein Jahr eingekeilt mit reichlicher Granulationsbildung — der kalkdichte Knochen gab deutlichen Röntgenschatten.

HANSZEL.

115) **Linn Emerson. Entfernung eines Stückes Hühnerknochen aus dem Kehlkopf eines 14 Jahre alten Farbigen. (Piece of chicken bone removed from larynx of fourteen year old colored boy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Der Knochen sass im antero-posterioren Durchmesser. Die Entfernung geschah ohne Anwendung eines Spiegels oder eines autoskopischen Instruments, indem Verf. mit dem linken Zeigefinger die Epiglottis nach vorn zog und an dem Finger entlang die Zange zu dem Fremdkörper führte. Beim vierten Versuch gelang es, auf diese Weise den Knochen zu extrahiren, jedoch hing an seiner Spitze ein grosser Schleimhautfetzen. Heilung.

EMIL MAYER.

116) **Weinhardt** (Stuttgart). **Fremdkörper in der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1909.*

Unter diesem Titel wird über zwei Fremdkörper (Blechpfeifchen) des Oesophagus berichtet, die durch Röntgenographie oberhalb des Manubriums bestätigt wurden. Extractionsversuche misslangen. Der eine wurde durch Oesophagotomie entfernt, der andere ging mit dem Stuhle ab.

ZARNIKO.

117) **O. Tetens Hald. Tuchnadel in der Trachea, per vias naturales entfernt. (Shawlsnaal i Trachea, fiaernet per vias naturales.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 38. 1910.*

Durch Tracheoscopia superior directa wurde die 6 cm lange Nadel mittels Killian's Nadelzange entfernt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

118) **O. Chiari** (Wien). **Ein Todesfall bei der Bronchoscopia superior.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1910.*

7jähriger, schwächlicher Knabe hatte 3 Tage vor der Aufnahme in die Klinik ein Maiskorn aspirirt. Während der Extractionsversuche plötzlich Exitus; Tracheotomie und einstündige künstliche Athmung ohne Erfolg. Eingehende Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsbefundes, der eine feste Einkeilung des Maiskorns in den linken Bronchus ergab, so dass die Extractionsversuche durch die geschwollene Schleimhaut ein negatives Ergebniss hatten. Das schwache Herz des Pat. erlag dem Chloroform, das in nur sehr geringer Menge zur Anwendung kam. Die Narkose wurde in der auch sonst bei einschlägigen Fällen — deren Autor 3 weitere, mit gutem Erfolg ausgeführt in Kürze berichtet — üblichen Weise vorgenommen, und zwar mit Billrothmischung; etwa nach Einführung des Bronchoskops noch weiter benöthigte Narkose wurde durch Vorhalten eines mit etwas Chloroform getränkten Gazetupfers vor die Oeffnung der Röhre vorgenommen.

HECHT.

119) **Thomas H. Halsted. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Bronchoscopy and esophagoscogy.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Der Artikel behandelt vor Allem die Anwendung der directen Methoden zur Entfernung von Fremdkörpern. EMIL MAYER.

120) **V. Thom. Fremdkörper im rechten Bronchus, extrahirt mittels der Bronchoskopie.** *Dissert. Greifswald 1908.*

Einem Manne, der seit 12 Jahren eine Canüle trug, brach das äussere Canülrohr an der Platte ab und fiel in den r. Bronchus. Extraction. OPPIKOFER.

121) **St. Clair Thomson** und **De Havilland Hall. Entfernung einer Tuchnadel aus einem Bronchus zweiter Ordnung. (Removal through the mouth of a shawl-pin impacted in secondary bronchus.)** *Lancet. 1910.*

Die Entfernung geschah mittelst des Killian-Brünings'schen Instrumentariums. WATSON WILLIAMS.

122) **Chevalier Jackson. Ein Ansatz zum Narkotisiren am Bronchoskop. (An anesthetic attachement for the bronchoscope.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Der Pat. wird auf gewöhnliche Weise narkotisirt. Dann wird das Bronchoskop eingeführt und der Apparat, dessen Anwendung durch beigegebene Abbildungen veranschaulicht wird, zur Weiterführung der Narkose angebracht. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

123) **John Mc. Aerdy. Der Einfluss der Thyreodectomie auf alimentäre Glycosurie. (The influence of thyreodectomy on alimentary glygosurie.)** *The Journal of experimental Medicine. November 1909.*

Entfernung der Schilddrüse erhöht die Assimilationsgrenze für Dextrose. Werden die Parathyroiddrüsen zurückgelassen, so ist dieses Resultat ein permanentes. Die Schilddrüsen inhibiren normalerweise die Verbrennung des Zuckers in den Muskeln. EMIL MAYER.

124) **G. Giraud. Die Schilddrüse der Tuberculösen. (Le corps thyroide des tuberculeux.)** *Dissert. Paris. 1908.*

Bei Individuen, gestorben an allgemeiner Tuberculose, finden sich selten eigentliche tuberculöse Veränderungen in der Schilddrüse, wohl aber eine Verminderung des Volumens der Schilddrüse und Bindegewebswucherung.

Um über die Stärke der Schilddrüsensecretion orientirt zu sein, berechnet G. den Jodgehalt in der Schilddrüse. Er fand bei 10 unter 24 Schilddrüsen die Menge des Jods stark vermindert (weniger als 1 mg); es waren dies Fälle, bei denen die Tuberculose langsam verlief und die Bindegewebswucherung, wie die spätere histologische Untersuchung zeigte, stark war. In 6 Fällen wurde das Jod stark vermehrt gefunden (8—26 mg); die Tuberculose war schnell verlaufen und bei der histologischen Untersuchung fehlte die Bindegewebswucherung.

OPPIKOFER.

125) **Roemheld** (Schloss Hornegg). **Jod-Basedow.** *Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 40. 1910.*

Mittheilung von 6 Strumafällen, bei welchen durch Joddarreichung die Erscheinungen eines Basedow hervorgerufen wurden. SEIFERT.

126) **Graupner** (Dresden). **Nierenerkrankung bei Basedow'scher Krankheit (thyreogene Nephritis).** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1910.*

Als thyreogene Nephritis beschreibt G. eine als terminale Erscheinung bei Basedow auftretende Nierenentzündung von schwer toxischem Charakter mit ausgebreiteten Epithelnekrosen und beschreibt zwei Fälle, bei denen anschliessend an eine partielle Strumectomie unter starker Steigerung sämmtlicher Basedow-Symptome rasch der Exitus eintrat. Neben den Nierenveränderungen zeigte sich in beiden Fällen eine persistirende grosse Thymus, sowie Hyperplasie weiterer lymphaphatischer Organe (Lymphdrüsen, Milz, Knochenmark). Diese endogene Intoxication spricht Autor als Vergiftung durch das Gift der hyperplastischen Schilddrüse an, nicht aber als Folge freigewordenen, nach der partiellen Strumectomie nun nicht mehr neutralisirten Thymusgiftes. Die Begründung seiner Ansicht, die Autor durch pathologisch-anatomische und physiologische Erörterungen zu stützen sucht, muss im Original nachgelesen werden. HECHT.

127) **J. G. Mumford. Basedow'sche Krankheit. (Grave's Disease.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juni 1910.*

1. Basedow'sche Krankheit beruht auf abnormer Thätigkeit der Schilddrüse.

2. Bei vorgeschrittenem Basedow können degenerative Veränderungen in der Schilddrüse zu einem wechselnden Symptomencomplex führen, der schliesslich in positiven Zeichen von Myxödem endet.

3. Eine vergrösserte Thymusdrüse findet sich fast immer post mortem bei Patienten, die an Basedow gestorben sind.

4. Basedow kann fast immer geheilt werden, wenn die Behandlung frühzeitig beginnt.

5. Es kann vorgeschrittener Basedow bestehen ohne Vorhandensein aller klassischen Symptome.

6. Durch die Sera von Rogers und Beebe kann ein grosser Procentsatz der Fälle geheilt werden.

7. Anwendung von Chinin. hydrobromicum (nach Forchheimer und Jackson) führt in einem grossen Procentsatz der Fälle Besserung und Heilung herbei.

8. Mehr denn 70 pCt. der Fälle von Basedow werden jetzt durch partielle Thyreodectomie geheilt; dieser Procentsatz ist noch im Steigen.

9. Man behandele die Fälle, die man frühzeitig in Behandlung bekommt, zunächst mittels Ruhe, Serum, Chinin. hydrobromicum; tritt innerhalb 2 Monaten keine Besserung ein, so nehme man die partielle Thyreodectomie vor.

EMIL MAYER.

128) **Eduard G. Blair. Die Behandlung des parenchymatösen und des Basedow'schen Kropfes. (The treatment of parenchymatous and exophthalmic goitre.)** *Journal Missouri State Medical Association. November 1909.*

Die parenchymatöse Struma hat die Neigung, zum Morbus Basedow zu werden; die ersten toxischen Symptome werden häufig übersehen. Verf. räumt neben der chirurgischen Behandlung auch noch der Serumtherapie eine Berechtigung ein.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

129) **Emil Goetsch. Die Structur der Speiseröhre beim Säugethier. (The structure of the mammalian oesophagus.)** *American Journal of Anatomy. Januar 1910.*

In Bezug auf das Vorkommen von Oesophagusdrüsen unterscheidet Verf. drei Gruppen:

1. Säugethiere, bei welchen unterhalb des Niveaus des Ringknorpels Oesophagusdrüsen völlig fehlen.
2. Säugethiere, bei denen die Drüsen gering an Zahl sind.
3. Eine kleinere Gruppe, in der sie zahlreich sind.

EMIL MAYER.

130) **J. P. C. Griffith** und **R. S. Lavenson. Congenitale Missbildungen der Speiseröhre. (Congenital malformations of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 1910.*

Verff. classificiren diese Missbildungen folgendermaassen: 1. Totaler Mangel der Röhre. 2. Partielle oder vollständige Verdoppelung der Speiseröhre. 3. Tracheoösophageale Fistel ohne anderweitige Veränderungen. 4. Stenose. 5. Congenitale Dilatation. 6. Obliteration des Oesophagus in nur einem Theile seiner Ausdehnung ohne Fistel. 7. Obliteration eines Theiles des Oesophagus mit tracheoösophagealer oder bronchoösophagealer Fistel. Die pathologische Erklärung dieser Deformitäten ist unsicher nnd unbefriedigend. Der Tod tritt gewöhnlich in den ersten Wochen ein. Die Gastrotomie bietet die einzige Hoffnung, und zwar eine schwache.

EMIL MAYER.

131) **Ewald** (Wien). **Verletzungen und Krankheiten der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 37 u. 38. 1910.*

Chirurgische Beobachtungen nnd Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908.

HANSZEL.

132) **L. E. La Fetra. Spastische Oesophagusstenose; Nachweis eines Falles mittels Röntgenstrahlen. (Spasmodic stenosis of the esophagus; a case demonstrated by the X-Ray.)** *N. Y. Medical Record. 16. October 1909.*

Mittheilung eines Falles.

LEFFERTS.

133) **S. Lubinski. Ein Fall von acutem Cardiospasmus mit letalem Ausgang.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Der 69jährige decrepide Mann war wegen Arteriosklerose, Empyem und Dilatatio cordis in das Krankenhaus eingetreten. Hier stellte sich im Anschluss an

acuten Darmkatarrh ganz plötzlich eine schwere Dysphagie auch für Flüssigkeiten ein, die früher nie bestanden hatte. Die Schlundsonde stiess 40 cm von der Zahnreihe auf ein Hinderniss. Sechs Tage nach Einsetzen der schweren Schlingbeschwerden starb Patient an Inanition. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Cardiacarcinom gestellt. Bei der Section fand sich aber keine Neubildung, hingegen war die Cardia fest verschlossen und oberhalb der Cardia lag ein incarcerirter Bissen. Im aufgeschnittenen Zustand war die Speiseröhre nirgends verengt oder dilatirt.

Da es Goltz gelungen ist, bei Thieren durch Reizung von Darmschlingen eine Contraction der Cardia hervorzubringen, so vermuthet der Autor einen näheren Zusammenhang zwischen dem Darmkatarrh und dem zwei Tage später eingetretenen acuten Cardiospasmus. Die Annahme, dass der im Oesophagus aufgefundene Bissen bei dem heruntergekommenen Individuum die Speiseröhre verstopft und secundär zu Cardiospasmus geführt habe, erscheint dem Verf. weniger wahrscheinlich, da sich keine Reizerscheinungen im obersten Theil des Oesophagus vorfanden, der doch normalerweise der engste ist.

OPPIKOFER.

134) **G. W. Ross. Traumatische Oesophagusstrictur bei einem 2 Jahre alten Kinde. (Traumatic esophageal stricture in a child two years old.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Laugenverätzung. Der Sitz der Strictur wurde mittels Röntgenstrahlen bestimmt und sie wurde mittels Bougies dilatirt.

EMIL MAYER.

135) **G. Schwarz. Perforation eines Oesophaguscarcinoms in die Trachea.** (Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien vom 22. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1919.*

Zwecks Röntgenuntersuchung schluckte der Patient eine Wismuthwassersuspension, die in beide Bronchialbäume ohne besondere Reizwirkungen hineinfloss. Von dem sehr interessanten Bilde wurde ein Röntgenogramm angefertigt (Demonstration). Trotzdem Patient schon seit längerer Zeit beim Trinken von Milch etc. sich derart „verschluckte", trat keine Schluckpneumonie auf, was offenbar auf die abgehärtete Bronchialschleimhaut zurückzuführen ist.

HANSZEL.

136) **D. v. Navratil** (Budapest). **Modell eines dilatirbaren Gastroskops.** *Med. Klinik. 1910.*

Mit Hülfe eines dilatirbaren Gastroskops kann die Cardia ungefähr auf die Grösse eines Guldenstückes erweitert werden, ohne jede Einschränkung des Gesichtsfeldes durch die Branchen des Instrumentes. Die Versuche wurden bisher nur an der Leiche angestellt.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Francis R. Packard. Text book of diseases of the nose, throat and ear, for the use of students and general practitioners.** J. B. Lippincott & Company. Philadelphia and London 1909.

245 Seiten des vorliegenden Buches sind den Erkrankungen der Nase und des Halses gewidmet. Besondere Aufmerksamkeit verwendet Verf. auf die practische Seite der Dinge und auf die Bedürfnisse des allgemeinen Arztes. Die directe Laryngoskopie und Bronchoskopie werden erwähnt mit dem Bemerken, dass die Instrumente noch zu complicirt und kostspielig und die Methoden zu schwer zum Erlernen für den allgemeinen Gebrauch seien. Wenn es auch zutrifft, dass diese Methoden stets in den Händen der Specialisten bleiben werden, so wäre doch eine wenn auch kurze Beschreibung für den, der sich unterrichten will, von grossem Werth gewesen.

Verf. hat es verstanden, auf einem engen Raum ein weites Gebiet zu behandeln; aus seinen Darlegungen erweist sich eine grosse Erfahrung und ausgezeichnete Beobachtungsgabe, verbunden mit einer concisen und überzeugenden Darstellung.

Die Illustrationen sind deutlich und gut ausgeführt. Die Austattung ist eine würdige.

Emil Meyer.

b) **Luc. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et lours complications.** J. B. Baillière Fils. 1910.

Der zweite Theil des Luc'schen Buches behandelt die Eiterungen der Nebenhöhlen. Ein zusammenfassendes Capitel über die Pansinutiden bildet den Abschluss.

Der Verfasser bespricht die Symptome, die den Ursprung der Eiterung zu erkennen gestatten und die in Anwendung zu ziehende Behandlungsart. Die therapeutischen Methoden, mit denen seit langer Zeit sein Name verknüpft ist, werden sorgfältig beschrieben und der mit diesen Methoden nicht vertraute Practiker findet hinreichende Unterweisung, um sie nöthigen Falles anwenden zu können.

Der letzte Theil der Arbeit ist den intracraniellen Infectionen gewidmet, deren Zustandekommen beschrieben wird. Die extraduralen Abscesse, Sinusthrombose, Pyämie und Septikämie, Gehirnabscesse werden in Bezug auf ihre Symptomatologie und besonders Therapie sorgfältig abgehandelt. Den Schluss dieses ein ganz persönliches Gepräge tragenden und interessanten Abschnittes bildet die Leptomeningitis.

Einen Anhang zu dem Buch bildet ein Capitel über die Larynxphthise; einen grossen Platz nimmt darin die Galvanokaustik ein, die Luc bei gewissen Formen der Larynxtuberculose als die Methode der Wahl betrachtet.

Verfasser hat es verstanden, eine Reihe schwieriger, oft sehr delicater Fragen als erfahrener Practiker in ausgezeichneter Weise zu behandeln.

E. J. Moure.

---

c) 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr.

18.—24. September 1910.

XXII. Abtheilung: Hals- und Nasenheilkunde.

Bericht von Henke, Assistentsarzt an der Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Königsberg.

Die Section wurde durch Gerber (Königsberg) eröffnet, der die Anwesenden im Namen der Königsberger Aerzte herzlich willkommen hiess und ihnen für ihr Erscheinen dankte.

Montag, den 19. September, Nachmittags 3 Uhr.

I. Sitzung.

Vorsitzender: Lunin (Petersburg).

1. Blumenfeld (Wiesbaden): Zur pathologischen Anatomie der Stimmlippe.

Auf Grund der anatomischen Untersuchung eines Präparates eines Stimmlippencarcinoms, dessen Träger intercurrent verstorben war, kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen:

Das Carcinom der Stimmlippe breitet sich bei seinem Wachsthum zunächst in der Längsrichtung der Stimmlippe aus; es ergreift diese ganz oder zum grössten Theile, ehe es auf die Umgebung der Stimmlippe übergreift und richtet demgemäss sein Tiefenwachsthum bis zu einem gewissen Stadium ausschliesslich auf das elastische Band. Diese Wachsthumseigenthümlichkeit des Stimmbandkrebses ist bedingt durch die Anordnung des submucösen Lymphraumes, der in sich geschlossen ist. Die obere und untere Grenzlinie des beginnenden auf die Stimmlippe beschränkten Carcinoms bilden die Lineae superior und inferior (Reinke), denen entsprechend der submucöse Lymphraum der Stimmlippe gegen die des Morgagni'schen Ventrikels und der subglottischen Schleimhaut abgegrenzt ist.

Diese anatomischen Verhältnisse bedingen für das Stimmbandcarcinom eine gewisse Ausnahmestellung in klinischer und therapeutischer Beziehung, die in den endolaryngeal erzielten Heilerfolgen ihren Ausdruck findet.

2. Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung der Stimme mit experimentell-phonetischen Methoden.

Vortragender zeigt, dass für die exacte Untersuchung der phonischen Dysarthrien die laryngoskopische Besichtigung allein bei Weitem nicht ausreicht, sondern dass nur durch Anwendung experimentell-phonetischer Methoden der mehr oder weniger starke Functionsausfall aufgedeckt und nach Qualität und Quantität bestimmt werden kann. Die dazu nöthigen Apparate und Methoden werden vom Vortragenden kurz besprochen und nach ihrer Leistungsfähigkeit beurtheilt.

Die Untersuchung der Stimme muss stets nach drei Richtungen hin erfolgen: 1. Feststellung der Tonhöhe, 2. Untersuchung der Stimmstärke und 3. Untersuchung des Klanges.

1. Zur Untersuchung der Tonhöhe werden verschiedene Apparate benutzt, die theilweise die Vibrationen des Halses in irgend einer Weise graphisch registrieren oder auch die Schallwellen selbst aufschreiben. Die Ausmessung der Tonhöhenschwankungen beim Sprechen, auf die es bei zahlreichen Dysarthrien sehr ankommt, muss durch Feststellung der einzelnen Wellenlängen bewirkt werden.

Dieses Ausmessungsverfahren ist überaus zeitraubend und man hat daher versucht, auf einfacherem Wege durch Benutzung mechanischer Vorrichtungen schnell zum Ziele zu gelangen. Der Vortragende demonstrirt einen von E. A. Meyer (Upsala) construirten Messaparat, der es gestattet, die Wellenlänge ohne Weiteres in Curvenform zu übertragen, so dass aus der Curve selbst das Schwanken beim Sprechen hervorgeht.

2. Die Untersuchung der Stimmstärke kann bisher in exacter Weise nur in Bezug auf die relative Intensität durchgeführt werden. Der Vortragende zeigt das von ihm benutzte Verfahren und die mit diesem Verfahren gewonnenen Resultate und Curven, welche bis in alle Einzelheiten ausgemessen werden können. Er bespricht hierauf die mehr für praktische Anwendung construirten Apparate zur Messung der Stimmintensität.

So handlich die Apparate nun auch für die Praxis sind, so kommt Vortragender doch zu dem Resultat, dass wir leider bisher keine geeigneten Apparate besitzen, um die absolute Stimmintensität mit genügender Genauigkeit schnell messen und leicht beurtheilen zu können.

3. Die Untersuchungen des Klanges der Stimme geschehen bekanntlich durch Analyse der mit phonographischen Methoden gewonnenen Klangcurven. Der Vortragende bespricht die neueren Versuche, welche gemacht worden sind, um durch absichtliche Veränderung des Klanges die Einwirkung der verschiedenen Teile des Ansatzrohres näher zu bestimmen. Er zeigt ferner an einer übersichtlich aufgestellten Tabelle die Resultate, welche der Königsberger Physiologe Hermann in seiner Lebensarbeit gewonnen hat. Es ergiebt sich daraus, dass die Formanten der Vocale und Consonanten durchaus nicht zum überwiegenden Theil in der sogenannten „Hörsext“ Bezolds (b'—g'') liegen, so dass die Anschauungen der Otologen auf Grund der durch die experimentelle Phonetik gewonnenen Resultate berichtigt werden müssen.

Bezüglich der Methodik hebt der Vortragende die wunderbare Schärfe und Eleganz der durch den Struycken'schen Apparat gewonnenen Curven, von denen er eine Anzahl als Beispiele demonstrirt, besonders hervor. Die Schwierigkeit der Ausmessung und Berechnung der Curven wird oft dadurch noch wesentlich erhöht, dass die Curven unscharf sind, so dass die zur Ausrechnung zu ziehenden Ordinaten nicht genau bestimmt werden können. Das ist bei den durch den Struycken'schen Apparat gewonnenen Curven nicht der Fall, da die Curven selbst ausserordentlich dünne, feine Linien darstellen. Ebenso erhält man grosse feinlinige Curven, wenn man das von Martens und Leppin angegebene Verfahren benutzt.

Für die Feststellung der Partialtöne empfiehlt Vortragender nach vielfachen Proben, die er selbst mit synthetischen Klangcurven anstellte, den von Mader

auf der vorjährigen Naturforscherversammlung in Salzburg demonstrirten harmonischen Analysator. Die Genauigkeit der durch den Mader'schen Apparat mit leichter Mühe zu berechnenden Amplitudengrössen ist fast ebenso gross, wie die durch die Fourier'sche Analyse mit 40 und mehr Ordinaten gewonnene.

Zum Schluss empfiehlt Vortragender den Laryngologen eine eingehendere und allgemeinere Berücksichtigung der experimentell-phonetischen Methoden, als bisher.

In der Discussion macht Katzenstein (Berlin) auf verschiedene Fehler bei der klanganalytischen Untersuchung der Sprache aufmerksam. Diese Fehler erschweren zwar die exacte Berechnung, jedoch für therapeutische Zwecke kommen sie nicht in Betracht.

Gutzmann schliesst sich diesem an.

3. Flatau (Berlin): Ueber mechano-elektrische Tonbehandlung.

F. bespricht kurz das von ihm inaugurirte Behandlungsystem der functionellen Stimmstörungen. Seine neue Methode, wobei eine pneumatische Anlage einen Luftstrom bis zu einer Atmosphäre liefert und ihn durch einen Umformer in Gestalt einer cylindermantelförmigen mit einem Motor gekuppelten Sirene in Tonstösse verwandelt, deren Schwingungen den Stimmbändern durch Luftkapseln aufgetragen werden, hat F. noch weiter ausgebaut: der mechanischen Einwirkung kann eine elektrische Pulsation oder Unterbrechung in völlig isochroner Form angeschlossen werden. Die Lösung dieser Aufgabe gelang F. nach längeren erfolglosen Versuchen eben durch den Anschluss der neuen Vorrichtung an seine Sirene und zwar in zweifacher Weise. Die Apparate wurden in der Königsberger Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke demonstrirt. F. hebt hervor, dass beide Heilpotenzen gegeneinander auch variirt werden und zwar zeitlich durch Phasenverschiebung, numerisch im Verhältniss 1 : 2 und der Intensität nach, wobei sich eine ausserordentlich fein abzustufende Dosirung und Summationsmöglichkeit ergiebt. Die neue Methode ist von Georg Wolf (Berlin) nach F.'s Angaben ausgeführt.

Discussion:

Katzenstein bittet die Collegen in ihrem Kreise dahin wirken zu wollen, dass bei Stimmstörungen von der Vibration und den elektrischen Behandlungsmethoden mehr Gebrauch gemacht wird.

4. Flatau (Berlin): Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.

Es kommt nicht selten vor, dass in Folge operativer Beseitigung von Stimmlippenknötchen statt Heilung Verschlechterung der Singstimme eintrat, was zu Schadenersatzansprüchen an den Arzt führte — deshalb lehnen viele heute grundsätzlich Eingriffe bei Sängern ab, andere lassen sich Reverse mit dem Verzicht auf Ersatzansprüche ausstellen. — Vortragender will deshalb schärfere Richtlinien unseres Handelns und Unterlassens aufstellen. Kleine symmetrische Knötchen sah er häufig bei Sängern mit Kehlköpfen kleiner Dimensionen ohne jede Functions-

beeinträchtigung; da diese eine Art Anpassungserscheinung zur erleichterten Gewinnung des Hochregisters darstellen, dürfen sie nie angegriffen werden. Sie werden allerdings bei Katarrhen mit verzögerter Resorption grösser, gehen jedoch bei Ruhigstellen des Organs wieder zurück und ihre Verkleinerung wird durch vorsichtige aber exacte mechano-elektrische Tonbehandlung in piano beschleunigt. Werden sie operativ beseitigt, so führt das zur Beeinträchtigung der Singstimme, zur Stimmschwäche. Sind Knötchen dagegen die mechanische Ursache von Functionsstörungen, so müssen sie entfernt werden, oft handelt es sich da um kleine Cysten und Polypen; auch hier ist in der Nachbehandlung auf exacte Tonbehandlung zur Fortschaffung der sich oft anschliessenden functionellen Störung der grösste Werth zu legen. Bei breit aufsitzenden oder unter dem Stimmband sitzenden Prominenzen ist stets grösste Vorsicht bei chirurgischem Vorgehen am Platze — hier kommt es trotz grösster Geschicklichkeit oft zu Schädigungen der Stimmlippe mit daraus resultirenden Stimmstörungen. In diesen Fällen verwirft der Vortragende schneidende Instrumente und beizt mit einem eigens dazu angegebenen Instrumente, das eine kleine Vertiefung zur Aufnahme von Chromsäure enthält, mit letzterer die Prominenzen — er hat hierbei sehr gute Erfolge gehabt.

Discussion:

In der sehr lebhaft geführten Discussion macht Gerber (Königsberg) darauf aufmerksam, dass er viel häufiger als Knötchen zackenförmige Gebilde in der Stimmlippensubstanz selbst gesehen hat; er hat diese niemals chirurgisch anzugreifen gewagt, zumal sie fast nur bei jugendlichen Individuen vorkamen.

Halle (Charlottenburg) hat bei Kindern ebenfalls häufig spindelförmige Verdickungen gesehen und führt diese auf Ueberanstrengung der Stimme zurück. Bei Stimmschonung bessern sich diese Fälle. In einer zweiten Kategorie fand er öfter Knötchen bei acuten und chronischen Katarrhen, auch hier führt Stimmruhe mit vorsichtiger localer Behandlung oft zur Beseitigung der Stimmstörung. Sind jedoch Knötchen oder breitaufsitzende Tumoren allein die Ursache der Stimmstörung, so trägt H. kein Bedenken, sie chirurgisch abzutragen, dagegen lehnt er die von Flatau empfohlene Chromsäurebehandlung als gefährlich ab.

Gutzmann (Berlin) empfiehlt in jedem Falle zunächst eine Ruhecur, bevor man local irgend wie vorgeht.

Cohn (Königsberg) hält den Namen Stimmlippenknötchen für einen Sammelbegriff; man sieht häufig Zacken, oft verbergen sich hinter den Knötchen kleine Cysten, verstopfte Drüsenausführungsgänge etc. Ueberanstrengung der Stimme ist keineswegs so häufig, wie angenommen wird, die Ursache. Therapeutisch ist Stimmruhe wohl zunächst das wichtigste Moment.

Katzenstein (Berlin) räth dringend ab, die Chromsäure zur Beseitigung zu benutzen, er empfiehlt die von ihm angegebenen Quetschplatten, jedoch nur bei Knötchen, die aus Epithelwucherungen bestehen und zwar operirt er diese auch nur bei Bassisten und Altistinnen. Bei Sopranen und Tenören klingen die Töne in Folge starker Spannung der Stimmlippen fast klar.

Blumenfeld (Wiesbaden) hält operative Eingriffe für gefährlich, warnt vor früher Aufnahme von Stimmübungen.

Flatau (Berlin) hält die gegen die Chromsäure vorgebrachten Einwände nicht für stichhaltig, wenn sein Instrument zur Application angewandt wird. Hierbei kann weder die Stimmlippe in der Tiefe angegriffen werden, noch können gesunde Teile mitgebeizt werden. Zacken greift er überhaupt nicht an.

Am Nachmittag 4 Uhr fanden die Vorträge und Discussion über die Erfolge mit dem Ehrlich'schen Präparat 606 in der Aula der Universität statt. Ende erst gegen 8 Uhr Abends.

Mittwoch, den 21. September

in der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.

6. Gerber (Königsberg): Demonstration ostpreussischer Sklerom-kranker.

7. Flatau (Berlin): Demonstration seines Laryngostroboskops.

F. demonstrirt und bespricht sein von Georg Wolff nach seiner Angabe ausgeführtes und seinem (F.'s) Kehlkopfendoskop angefügtes Stroboskop. Bei der ersten Ausführung lief die Sirene durch die Objectionsfassung und wurde durch einen Motor getrieben, der als Handgriff des Instrumentes diente. Die Uebertragung geschah durch ein Fixationsgetriebe. Bei der demonstrirten neuen Form hat das Instrument einen bequemen gracilen Handgriff bekommen und ist durch eine sehr dünne biegsame Welle mit einem stehendem Motor verbunden, so dass die leichte Beweglichkeit des ganzen Apparats vergrössert ist. Auch die mit einer Ausrüstung erhaltbare Tonreihe ist vergrössert, indem zwei Scheiben durch Verstellung auf einander eine Octave ergeben und die Umdrehungsgeschwindigkeit aussen vom Motor durch das Fixationsgetriebe regulirt werden kann.

II. Sitzung

combinirt mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.

Vorsitzender: Kayser (Breslau).
Schriftführer: Blumenfeld (Wiesbaden).

8. von zur Mühlen (Riga): Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterung.

Bei Erkrankungen der Stirnhöhle, wenn auf andere Weise eine Diagnosenstellung nicht möglich war, benutzt M. einen eigens dazu construirten Troicartbohrer, mit welchem unter localer Anästhesie die vordere Stirnhöhlenwand durchbohrt wird. Ist der Bohrer in die Höhle eingedrungen, dann wird die Nadel entfernt, während die Canüle in situ bleibt. Mit einer feinen Sonde lässt sich nun die hintere Stirnhöhlenwand in begrenztem Umfang abtasten. Eine an einer Spritze befestigte Pravaz'sche Nadel wird sodann durch die Canüle in die Stirnhöhle eingeführt und die Spülflüssigkeit vorsichtig hineingespritzt. Die Spülflüssigkeit findet in jedem Fall einen Ausweg rückläufig durch die Canüle, auch wenn der Canalis naso-frontalis verlegt ist. Ein Ueberdruck in der Stirnhöhle ist daher nicht zu befürchten. (Wird in den „Beiträgen zur Anatomie des Ohres" erscheinen.)

Discussion:

Halle (Berlin) hält die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen mit einem Troicart für nicht unbedenklich, da Röntgenaufnahmen doch keine ganz sicheren Resultate über Ausdehnung und Tiefe der Stirnhöhle geben; auch kann, wenn die Hinterwand nahe der Vorderwand liegt, leicht durch den Troicart die Dura mater verletzt werden. Er empfiehlt Sondirung und Probeausspülung von der Nase aus, was in der überwiegenden Zahl der Fälle möglich ist.

Auch Dahmer (Posen) hält das Vorgehen des Vortragenden für gefährlich und empfiehlt eine probatorische Eröffnung in der Gegend des medialen Augenbrauenkopfes.

Cohn (Königsberg) macht ebenfalls in zweifelhaften Fällen, bei denen genaue Diagnose durch Eröffnung und Spülung von der Nase her nicht zu stellen, eine probatorische Aufmeisselung.

Henke (Königsberg) weist auf die Gefahr in den Fällen hin, bei denen die Stirnhöhle fehlt und bei denen die Dura besonders leicht verletzt werden kann.

Berthold regt die rechtliche Frage an, ob ein solcher Eingriff ohne Einwilligung des Patienten statthaft sei.

von zur Mühlen hält im Schlusswort alle diese Einwände nicht für stichhaltig, er hat die Methode oft angewandt und sie hat ihn nie im Stiche gelassen.

10. Joseph (Berlin): Nasencorrecturen (mit Projectionsbildern).

J. hat in 518 Fällen plastische Nasenoperationen ausgeführt, davon betreffen 461 die Nasenverkleinerungsplastik, 17 die Schiefnasenplastik und 40 die Defect- oder Ersatzplastik. 33 Paraffiinjectionen, die er wegen Sattelnase ausgeführt hat, sind in diesen Zahlen nicht eingerechnet. J. demonstrirt an zahlreichen Photographien seine Erfolge auf den genannten drei Gebieten der Rhinoplastik, ebenso sein Instrumentarium und erläutert an schematischen Zeichnungen und Röntgenbildern seine Methoden. Er zeigt die Höckerabtragung, die Verkürzung zu langer Nasen, die Verschmälerung der abnormen Breite der knöchernen Nase, die Vor- und Zurücksetzung der Nasenspitze, die Verschmälerung der abnorm breiten Nasenspitze, die Correctur der abnormen Flachheit, des abnormen Hoch- und Tiefstandes eines Nasenflügels, ferner die Inversion des Spitzenknorpels. — Bei der Correctur knöcherner Schiefnasen (um solche handelt es sich in seinen Fällen vorwiegend) hat sich die von J. angegebene Keilresection aus dem Processus frontalis der breiteren Seitenwand durchaus bewährt (Demonstration von 12 durch solche Operationen gewonnenen keilförmigen Knochenstücken). Bei knorpeliger Schiefnase räth J. neben der von ihm angegebenen „Attraction“ zu forcirter Anwendung seines Schiefnasenapparates.

J. hat diese Operationen, je nach dem Falle, einzeln für sich oder in den verschiedensten Combinationen mit einander in derselben Sitzung ausgeführt. Ebenso hat er bei gleichzeitigem Vorhandensein stenosirender Muschelhypertrophien und Septumdeviationen auch diese in derselben Sitzung beseitigt. Bei der Combination von Höckerabtragung und submucöser Septumresection muss am Septum ein etwa $^1/_2$ cm breiter, vorderer Knorpelrand — von der projectirten geraden

Profillinie aus gerechnet — zurückgelassen werden, da sonst die Stabilität der Nase gefährdet ist. — Die genannten Operationen der Verkleinerungs- und Schiefnasenplastik sind vom Vortragenden auf intranasalem Wege, mithin ohne jede äussere Narbe ausgeführt worden. Eine Ausnahme bilden nur die seltenen Correcturen des abnormen Tiefstandes und der abnormen Flachheit eines Nasenflügels. Die Narbe ist in diesen Fällen klein und unauffällig.

Zur Nasenersatzplastik giebt J. folgende neue Methoden und Combinationen an. Einen Nasenflügeldefect hat er durch Ueberpflanzung eines ungestielten Lappens aus dem andern unversehrten Nasenflügel gedeckt. Einen zweiten Fall von Nasenflügeldefect hat er durch Combination von Lappenverschiebung und Nasenverkleinerung corrigirt. In einem Fall von Doggennase hat er die senkrechte Furche durch „plastische Keilhebung" beseitigt.

Zur Correctur von Sattelnasen hat J. das köchernen Ersatzmaterial, je nach dem Umfange des Defects, entweder der Tibia oder dem Processus frontalis der Oberkiefer entnommen und intranasal durch einen Schleimhautschlitz unter die Haut des eingesunkenen Nasenrückens eingefügt. Bei einer Sattelnase, die gleichzeitig wegen Hochstülpung der Nasenspitze zu kurz war, erzielte J. ausser der Sattelnasencorrectur auch eine Verlängerung der Nase — der erste Fall von Verlängerung einer zu kurzen Nase bei unverletzter Haut.

Bei der totalen Rhinoplastik, die er mehfrach ausgeführt hat, wendet er grundsätzlich zur Vermeidung der entstellenden Stirnnarbe die Rhinoplastik aus dem Arm (italienische Methode) an; jedoch mit folgenden Abänderungen und Ergänzungen: Den Hautlappen aus dem Arm schneidet er in Form eines nach oben offenen (an der unteren Ecke abgestumpften) Rhombus, sodass die Ernährungsbrücke central gelegen ist. Als Verbandmaterial benutzt er nicht Gips-, sondern einfache Stärkebinden und lässt den Rumpf aus dem Verband vollständig frei. Zum schnelleren Trocknen des Verbandes hat er ein Trocken- oder Netzkopflager construirt. — Den Nasenrücken bildet J. durch Transplantation einer starken 6 cm langen Knochenleiste aus der Tibia in die bereits auf das Gesicht überpflanzte Armhaut. Das Septum bildet er nach Dieffenbach aus der Oberlippe, jedoch mit der wesentlichen Abänderung, dass er zuvor in den zu überpflanzenden Theil der Oberlippe eine zweite, dünne, etwa 4 cm lange Knochenleiste aus der Tibia transplantirt. Das neue Septum stellt in Folge dessen eine knöcherne Stütze dar.

Discussion:

Gerber fragt an, welche Vorsichtsmaassregeln der Vortragende anwendet, um die Entzündungen der Weichtheile nach der Fortnahme von Knochenüberschüssen und das Ausreissen der Nähte bei der Septumverkürzung zu vermeiden. Zur Deckung von Defecten im Nasenflügel hat er mit gutem Erfolg die König-sche Methode des Ersatzes aus dem Ohrknorpel angewendet und auch bei seinen Paraffininjectionen hat er nie üble Zufälle gesehen, er zieht sie, da chirurgische Maassnahmen nicht immer sichere Resultate geben, deshalb bei den Sattelnasencorrecturen den viel grösseren chirurgischen Eingriffen vor.

Flatau nimmt ebenfalls das Paraffin in Schutz und berichtet über Fälle mit ausgezeichneten Resultaten.

Cohn (Königsberg) kann sich nicht erklären, wie in einem vom Vortragenden erwähnten Falle die Paraffinmasse $1^1/_2$ Jahre nach der Injection noch zur Difformität der Nase führen konnte und bittet um neue Erklärungen.

von zur Mühlen macht auf die Farbenunterschiede zwischen Gesichtshaut und dem nach der italienischen Methode implantirten Hautlappen, die den Effect beeinträchtigen, aufmerksam.

Halle hat sowohl durch chirurgische Eingriffe nach Joseph wie auch nach Paraffin-Injectionen glänzende Dauererfolge gehabt. In Fällen von Sattelnase zieht er Paraffin als den kleineren Eingriff vor.

Joseph: Entzündungen der Weichtheile werden am besten verhütet durch möglichst strenge Desinfection des Naseninnern, soweit dies leicht zugänglich ist (Enthaarung und Reinigung mit kleinen Sublimattupfern). Ist ausnahmsweise ein Abscess entstanden resp. im Entstehen begriffen, so genügt eine intranasale Incision mit doppelschneidigem Messer, Gummidrain und Spülung mit 1 bis 3 proc. Carbolwasser durch das Drain, an 4—5 Tagen, täglich einmal. Die Heilung verzögert sich dadurch um 4—5 Tage; auf den kosmetischen Effect haben derartige Entzündungen bei dieser Behandlung keinen Einfluss. — Als Nahtmaterial wendet J. Seide an. Diese reisst nicht aus, wenn man nicht zu fest knotet. — Die secundäre Bildung von Paraffinomen erklärt sich J. dadurch, dass Paraffin ein Fremdkörper ist, den der Körper auszustossen sich beständig bemüht. Bei der mechanischen Unmöglichkeit hierzu, reagire die Nachbarschaft des Paraffins in Form einer chronischen Entzündung. — Die Farbe des überpflanzten Armlappens passt sofort in das Gesicht, wenn dieses blass ist. Ist das Gesicht gebräunt, so nimmt der Armlappen allmählich die Farbe der Gesichtshaut an, wenn er der wechselnden Witterung und besonders der Sonnenbestrahlung fleissig ausgesetzt wird.

Streit (Königsberg) demonstrirt einen Fall, bei dem nach einer von anderer Seite vorgenommenen Resection einer oberen Trachealstenose mit Naht des untern Kehlkopfabschnittes und des oberen Trachealabschnittes die Nähte geplatzt waren und die Trachea in die Tiefe versunken war. St. hat den Fall zunächst nach Laryngofissur etc. vermittelst einer Mikulicz-Kümmel'schen Schornsteincanüle, die $1^1/_2$ Jahre liegen blieb, behandelt. Eine Tracheo-Oesophagusfistel, deren Ränder beim Schluckacte auseinanderklafften, hat er durch Versteifung eines Wundrandes vermittelst submucöser Paraffineinspritzung und nachfolgender Galvanokaustik zum Verschluss gebracht. Die vollkommen schlaffe, bei jeder Inspiration sich ventilartig schliessende vordere Trachealwand hat er dadurch versteift, dass er Paraffinstreifen entsprechend den Trachealringen unter die Haut injicirte.

Für die Patientin, die wohl im Stande war, per vias naturales zu exspiriren und, wenn sie sich die Trachealwunde zuhielt, auch zu sprechen, hat St. eine Canüle mit vorderer festschliessender Klappe construirt. Diese Canüle wirkt in der Weise, dass die Klappe bei Erhöhung des Druckes innerhalb der Trachea schliesst (also bei der Exspiration und beim Sprechen), bei der Inspiration dagegen sich öffnet.

11. Rhese (Königsberg): Die Diagnostik der Erkrankungen des Siebbeinlabyrinths und der Keilbeinhöhle auf dem Röntgenbild.

Bei der Sagittalaufnahme wurde bisher die Thatsache nicht entsprechend

gewürdigt, dass das hintere Siebbein auch von hinten bis in die Orbita hineinsieht und daher lateral vom medialen Orbitalrand nahezu isolirt auf dem Röntgenbild sichtbar ist.

Verschleierungen lateral vom medialen Orbitalrand, besonders bei Verwachsensein bezw. Verlöschtsein der lateralen Grenzlinie deutet daher auf eine Erkrankung des hinteren Siebbeins und lässt sich hieraus ein Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose zwischen vorderem und hinterem Siebbein gewinnen.

Bei Erkrankungen der Keilbeinhöhlen ist häufig eine umschriebene, fast an das Septum reichende, den Raum zwischen letzterem und der medialen Siebbeinbegrenzung ausfüllende Verschleierung diagnostisch verwerthbar.

Da Sagittalaufnahmen häufig unzureichend sind, wandte sich R. einer besonderen Art von Schrägaufnahmen zu. Die Platte liegt hierbei unmittelbar an der Orbita, die dicke Schädelkapsel wird ausgeschaltet, sodass Feinheiten deutlich sichtbar werden. Die Vorzüge dieser Schrägaufnahmen liegen ferner darin, dass Verschleierungen in grösserer Breite auf die Platte kommen, sodass man ein genaue Uebersicht über die ganze anatomische Situation erhält und genau die Stelle der Erkrankung — ob vorderes oder hinteres Siebbein oder Keilbeinhöhle — localisiren kann. Letzteres ist besonders vortheilhaft, wenn es sich darum handelt, die Beziehungen des vorderen Siebbeins zu Erkrankungen der Thränenwege, diejenige der Frontalzellen zu Erkrankungen der Stirnhöhle klar zu legen, ferner dann, wenn es sich um eine Stützung der Diagnose auf Keilbeinhöhlenempyem handelt. Letzteres ist auf dem Schrägbild an der Verschleierung der Keilbeinhöhlengegend und dem Verwaschensein der Grenzlinien oft recht gut zu erkennen.

12. Katzenstein (Berlin): Ueber Brust- und Falsettstimme.

Der Vortragende bespricht zunächst die Untersuchungen über Brust- und Falsettstimme am ausgeschnittenen Kehlkopf mittelst des Kehlkopfspiegels und des Stroboskops. Er selbst hat bei seinen eigenen Untersuchungen zunächst mit du Bois-Reymond die Muskelthätigkeit bei Brust- und Falsettstimme festgestellt. Zu diesem Zwecke wurde der Biskowius'sche Versuch am ausgeschnittenen Kehlkopf auf das lebende Thier übertragen, indem die Trachea bei narkotisirten Hunden quer durchtrennt unter der Schonung der Nn. recurrentes und in das obere zum Kehlkopf führende Ende der Trachea ein T-Rohr eingeführt wurde, dessen zweiter Schenkel mit einem Wassermanometer in Verbindung stand. Bei Anblasen des Kehlkopfs konnte so der dabei aufgewendete Druck gemessen werden. Indem während des Anblasens die Nn. recurrentes oder die Nn. recurrentes mit den Nn. laryngei supp. oder schliesslich die Nn. laryngei supp. allein gereizt wurden, wurden die Verhältnisse der Lautgebung nachgeahmt. Eine Reizung beider Nn. recurrentes ergab bei 30—40 cm Wasser schon Brustsington in der Höhe von A., bei Druckerhöhung trat eine Steigerung der Tonhöhe bis um eine Quinte, ebenso eine solche bei Erhöhung der Stromstärke ein. Wurden die Nn. recurrentes gereizt und darauf die Nn. laryngei supp., so trat eine Steigerung der Tonhöhe um eine Quinte ein. Dabei wurde eine Spannung der Stimmlippen in dorsoventraler Richtung beobachtet. Bei Reizung des N. laryngei supp. allein entstand ein hoher pfeifender Ton, analog dem menschlichen Falsett.

Bei dem an Hunden erzeugten Brusttone wirken also alle Schliess- und Spannmuskeln gleichmässig. Je höher der Ton, desto grösser der aufzuwendende Luftdruck. Bei den Falsetttönen wirken nur stark die Spanner, wenig die Schliesser des Kehlkopfs. Der Luftdruck ist gering. Eine Röntgenuntersuchung bestätigte diese Untersuchungen. Die Aufnahmen Möller's und Fischer's zeigten, dass der Winkel zwischen Ring- und Schildknorpel bei der Falsettstimme kleiner war als bei der Bruststimme, so dass also bei der Falsettstimme der N. crico-thyreoideus relativ sehr thätig sein muss. K. folgerte aus diesen Versuchen, dass beim Kunstgesang das Brustregister nicht zu sehr in die Höhe getrieben werden darf, dagegen das Falsettregister in möglichst tiefen Lagen beginnen muss. Diese Vorschrift gilt für alle Stimmgattungen.

Weiterhin hat K. Athemregistrirungen angestellt der Brust- und Bauchathmung bei Brust- und Falsettbildung, ohne dass die untersuchte Person von den Aufzeichnungen auf der Trommel während der Tonproduction etwas wahrnehmen konnte. Nach Garcia's und Grutzner's Wiedergabe machte ein Metronom bei einem Sänger während möglichst langer Brusttöne 24—26, bei Falsetttönen 18 Schwingungen, während nach Merkel hohe Fisteltöne viel länger als Brusttöne gehalten werden. K.'s Registrirungen ergaben auffällige Unterschiede zwischen Kunst- und Natursängern: Bei ersteren wurde durchweg der Falsetton weit länger als der Brustton ausgehalten, bei letzteren umgekehrt. Durch den Kunstgesang wird also die Athemführung in der Weise geändert, dass während der Falsetttonbildung mit einem ganz geringen Aufwand von Luft gearbeitet wurde, ein Befund, der im Einklang steht mit den Ergebnissen K.'s am lebenden Thier, nach denen beim Falsettton der Luftdruck gering ist.

Klanganalytische Untersuchungen K.'s der Brust- und Falsettstimme mittels des Martens'schen Apparates ergaben übereinstimmend, dass der Falsettton eine einfachere Form hat als der Brustton und dass bei letzteren die Obertöne mehr und stärker in Erscheinung treten. Die Voix mixte weist mehr oder stärkere Obertöne als die Falsettstimme auf, ist also wirklich eine Mittelstufe zwischen Falsett- und Bruststimme.

Schliesslich wurde festgestellt, dass, je geringer die Gesammtintensität des gesungenen Tones ist, desto grösser die relative Wirkung der Obertöne wird. Demnach wächst die Stärke des Gesammttones; wenn der Gesammtton sehr stark wird, so wird die relative Stärke der Obertöne geringer.

Discussion:

Flatau (Berlin) wünscht die Ausnützung der genetischen Stimmentwicklung auch in der Registerfrage, die nicht bloss optisch gelöst werden kann. Auch die Fehlerquellen der Grammophonmembran und des Trichters sollte man auszuschalten suchen und neben der Laryngoskopie die Endoskopie heranziehen.

Gutzmann (Berlin) kann das Endoskop nicht sehr wegen seiner mangelhaften Optik empfehlen, da es die Bilder verzerrt und vergrössert. Dagegen sollte man es für die Untersuchung physiologischer Verhältnisse anwenden. Sehr sorgsam müsste man für die Lösung der Registerfrage die Stimmstörungen bei gewissen centralen Dysarthrien untersuchen.

Flatau (Berlin) giebt bei endoskopischer Untersuchung eine Vergrösserung durch das Endoskop zu, doch kommt es, um genau zu untersuchen, nur auf die richtige Einstellung an, ebenso wie bei jedem Mikroskop.

Gutzmann will auch diese Möglichkeit nicht zugeben und fordert die Anwesenden auf, in der Ausstellung diesbezügliche Versuche vorzunehmen.

In seinem Schlusswort sagt Katzenstein, dass Uebergangsstellungen zwischen Brust- und Falsettregister durch Wirkung des N. thyreo-cricoideus erzeugt werden. Die Register des Kindes sind innerhalb seines Tonbezirks entsprechend denen des Erwachsenen. Die Registerfrage während der Pubertät ist noch nicht geklärt. Bei der von ihnen benutzten photographischen Aufnahme kommen hauptsächlich zwei Fehlerquellen in Betracht: erstens wird die photographische Platte durch ein fallendes Gewicht bewegt und zweitens ist die Vergrösserung der Curve nicht ganz naturgetreu. Die jetzige Methode der Endoskopie ist wissenschaftlich nicht zu verwerthen, da die Larynxbilder verzerrt sind und Motilitätsstörungen, die phonetisch von grösster Wichtigkeit sind, wie auch Farbenunterschiede sich nicht genügend feststellen lassen. Die phonetische Untersuchung centraler Dysarthrien ist gewiss von grösster Wichtigkeit.

13. Gerber: Spirochäten in den oberen Luft- und Verdauungswegen. (Resumé).

1. Die Mundrachenhöhle enthält auch im normalen Zustande an besonders geeigneten Stellen massenhaft Spirochäten, und zwar:

I. Unter dem Zahnfleischrande.
II. In den Tonsillennischen.
III. Zwischen den Zungenpapillen.

An den andern Stellen nur, wenn diese pathologisch verändert sind.

2. In der Nase, im Nasenrachenraum und im Kehlkopf sind sie nur selten und spärlich anzutreffen.

3. Die Spirochäten zeigen verschiedene Formen, die immer wiederkehren.

I. eine grobe, gleichmässig gewellte Form, die ich „Sp. undulata" benennen möchte,
II. grobe, ungleichmässig gewundene Form, die Sp. inaequalis,
III. feine, mit engen gleichmässigen Windungen, die Sp. dentium,
IV. ganz feine gleichmässige Windungen, die Sp. denticola,
V. ganz feine gewellte Form, die Sp. tenuis,
VI. fast gerade dünne Form, die Sp. recta.

Form II dürfte eine Erstarrungs- oder todte Form von I sein.

Die Formen V und VI entsprechen den bei Angina Vincenti gefundenen Spirochäten. Die „Sp. Vincenti" und Sp. dentium kann man ohne Weiteres nicht mehr als identisch bezeichnen.

4. Die Beobachtung im Dunkelfeld zeigt, dass die die Mundrachenhöhle bewohnenden Spirochäten leben und Eigenbewegung haben. Bei diesen Bewegungen verändern sie vielfach ihre Form. Am formbeständigsten scheint die Sp. dentium, die sich, gleich den übrigen Spirochäten, schraubenförmig wie auch aalartig schlängelnd fortbewegt. Diese Bewegungen behalten sie auch im ungefärbten

Deckglaspräparat 24—36 Stunden. Jeder fremdartige Zusatz hebt die Bewegungen rasch auf.

5. Besondere Beziehungen der einzelnen Formen zu besonderen Stellen oder besonderen Zuständen konnten bisher nicht nachgewiesen werden. Auch war eine Vermehrung oder Veränderung der Spirochäten z. B. bei Angina und ähnlichen Zuständen nicht wahrzunehmen.

6. Mit den Spirochäten kommen — von den andern die Mundhöhle stets bevölkernden Mikroorganismen abgesehen — fast immer mehr oder weniger reichlich fusiforme Bacillen vergesellschaftet vor, bei der sogenannten Plaut-Vincent-schen Angina allerdings reichlicher, ja vorherrschend.

7. Die Spirochäten zeigen bei geeigneten Vergrösserungen auch Geisseln, Theilungsfiguren, knopfartige Anschwellungen, peitschenschnurförmige Aufrollung, Agglomeration, schraubenförmige Bewegung, kurz alle die der Sp. pallida zugeschriebenen Eigenschaften.

8. In Folge dessen und weil speciell die als Sp. dentium bezeichnete Spirochäte morphologisch der Pallida oft ganz gleich erscheint, konnten nicht alle Spirochäten, auf die die Beschreibung der Pallida passt, ohne Weiteres als für Syphilis sprechend angesehen werden, ebensowenig wie das Auftreten von Spirochäten und fusiformen Bacillen für die Plaut-Vincent'sche Angina. Nur wenn sie in grosser Anzahl an Stellen getroffen werden, die in der Norm keine Spirochäten beherbergen, ist ihnen eher in Hinsicht auf die Specifität ein Gewicht beizulegen. Alles dies um so mehr, als auch die Sp. pallida durchaus nicht immer nur in der typischen, als charakteristisch beschriebenen Form auftritt.

9. Die Darstellung der Spirochäten kann einmal leicht und bequem mittels des Burri'schen Tuscheverfahrens erfolgen. Aber auch verschiedenen Färbemethoden sind sie zugängig. Unter diesen eignet sich die Giemsa-Methode am wenigsten. Gut ist die Färbung mit Carbol-Fuchsin, am deutlichsten die mit Krystallviolett (Meirowski). Eine gute Doppelfärbung giebt Methylgrün-Pyronin (Gerber), das aber die fusiformen Bacillen lebhafter färbt wie die Spirochäten.

(Erscheint ausführlich im „Centralblatt für Bakteriologie“.)

Discussion:

von zur Mühlen (Riga): Es wird gewiss sehr fruchtbar sein, wenn man, wie das von Gerber geschehen ist, die Mundrachenhöhle systematisch bakteriologisch untersucht. Er fragt an, ob auch bei der Noma, die sich oft aus einer anscheinenden Angina Vincenti entwickelt, Spirillen gefunden worden sind, die als Erreger in Frage kommen.

Frese (Halle) hält das Krankheitsbild der Angina Vincenti, das er häufig sieht, doch für ein klinisch wie bakteriologisch wohl umschriebenes.

Gerber (Schlusswort): Bei der Noma sind auch Spirochäten gefunden worden. Ich habe leider keine Fälle zur Untersuchung gehabt. Was die Vincent'sche Angina betrifft, so gebe ich, wie gesagt, zu, dass bei ihr Spirochäten und fusiforme Bacillen so vorherrschen, dass man das Bild mikroskopisch vielleicht für gesichert halten könnte, aber es kommen dieselben Organismen doch auch sonst in der gesunden Mundhöhle wie auch bei mannigfaltigen anderen Processen z. B.

auch luetischen vor. Denken Sie sich, wenn auf einer specifischen Ulceration nach der Pallida gesucht wird, auch hier — sei es mit ihr oder ohne sie — können noch die Spirochäte dentium, Vincent'sche Spirillen und viele andere Mikroorganismen ähnlicher Art vorkommen. Welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus! Jedenfalls fehlt auch noch eine sichere Abgrenzung der sogen. Vincent-schen Spirochäte gegen die anderen Mundspirochäten.

Nachmittag $3^1/_2$ Uhr.

III. Sitzung, combinirt mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.

14. Frese (Halle a. S.): Ueber eine eigenartige Erkrankung der Mund- und Rachen-Schleimhaut.

Auf dem Gebiete der entzündlichen Mund- und Rachenkrankheiten giebt es noch viele unklare und noch nicht genügend erforschte Dinge. Drei Gründe sind hierfür in erster Linie maassgebend: Einmal ist vielfach nur eine klinische, keine ätiologische Eintheilung der Erkrankungen möglich, zweitens ist die symptomatische Aehnlichkeit ätiologisch differenter Affectionen oft gross und giebt dadurch leicht zu Täuschungen Anlass. Diese Aehnlichkeit resultirt namentlich aus den besonderen Verhältnissen der Mundrachenhöhle (schnelle Ulceration) und aus dem nicht seltenen Hinzutreten von Mischinfectionen. Schliesslich erschwert die Verschiedenheit der Beobachter (Halsarzt, Dermatologe, innere Mediciner) eine einheitliche Beobachtung und Beurtheilung. So ist es zu verstehen, dass bis in die neueste Zeit hinein ganz differente Krankheitsprocesse zusammengeworfen sind. Unser Bestreben muss darauf gerichtet sein, klinisch scharf umschriebene und womöglich ätiologisch gesonderte Krankheiten und Krankheitsgruppen abzugrenzen. Hierzu ist nothwendig eine genaue Analyse und Registrirung einschlägiger Beobachtungen. Einen Beitrag sollen nach dieser Richtung mehrere, zusammengehörige Fälle geben, die nach mancher Richtung interessant sind und deren Einreihung in das Schema der bekannten Erkrankungen Schwierigkeiten macht. Bei allen Patienten handelte es sich um ein recidivirendes Auftreten kleinerer und grösserer Geschwüre auf der Mund- und Rachenschleimhaut (Lippen, Wangen, Zunge, Mandeln, Rachen). Dieselben entwickelten sich schnell aus entsprechenden, bis in die Submucosa reichenden Infiltraten. Die Ulceration begann mit einer centralen, punktförmigen Nekrose des Infiltrats; die Geschwüre, linsen- bis bohnengross und von meist ovaler Form, lagen gewönlich 1—2 mm unter dem Schleimhautniveau und zeigten einen fest anhaftenden, grau-gelben Belag; die Begrenzung war ziemlich scharf; die Umgebung meist wenig infiltrirt und geröthet. Bei einem Patienten erreichten die Geschwüre zum Theil grössere Ausdehnung und Tiefe und zeichneten sich durch sehr geringe Heiltendenz (monatelanges Bestehen) aus. Fötor ex ore bestand nicht; Gebiss und Zahnfleisch waren intact. In Abkratzpräparaten fanden sich keine irgendwie charakteristischen Mikroorganismen (keine fusiformen Bacillen und Spirillen). Aus excidirten Gewebsstückchen wuchsen nur Staphylokokken. Ausser zum Teil sehr unangenehmen localen Beschwerden bestand keine Störung des Allgemeinbefindens und kein nachweisbarer Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. Die Patienten erfreuten sich vielmehr im Uebrigen einer guten Gesundheit (Wassermann'sche Reaction negativ).

Eine Einreihung der Fälle unter die sogen. recividirende Stomatitis aphthosa der Erwachsenen ist nicht angängig, wenn man dem Begriff „Aphthen" nicht eine unzulässige Ausdehnung geben will. Auch zu den häufig recidivirenden bläschenbildenden Affectionen können die Fälle nicht gerechnet werden, da im Entwicklungsgange der Geschwüre niemals eine Bläschenbildung nachweisbar war, die Entwicklung der Ulceration vielmehr von einer kleinen, centralen Nekrose des Infiltrats ausging. Die Gruppe des Erythema multiforme und urticatum kam bei dem dauernden Fehlen von Hauterscheinungen und auch aus anderan Gründen nicht in Betracht.

Vortragender möchte die Fälle vorläufig unter dem nichts präjudicirenden Namen einer „Stomato-Pharyngitis ulcerosa disseminata" zusammenfassen.

Discussion:

In der Discussion fragt Stenger an, ob vielleicht chemische Ursachen in Betracht kämen.

Rhese (Königsberg) hat ähnliche Krankheitsbilder bei Leuten, die eine Magenaffection oder ein Gebiss hatten, öfter gesehen.

Cohn (Königsberg) sah zu gewissen Zeiten epidemisch auftretende Mundkrankheiten ähnlicher Art, wie die oben beschriebene, die jedoch auf Behandlung mit Argentum oder Chrom heilten.

Frese fand sehr ähnliche Mundaffectionen im Verlauf von Constitutionsanomalien, Diathesen, Arthritis etc. Eine ätiologische Differenzirung hält er für sehr wünschenswerth.

Flatau (Berlin) hebt die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei den genannten Affectionen hervor.

Frese betont im Schlusswort, dass weder am Gebiss etwas zu bemerken war, noch eine Constitutionsanomalie vorlag.

15. Linck (Königsberg): Ueber die Histogenese der Bursa pharyngea.

Vortragender geht aus von den verschiedenen Theorien, die über die Entstehung der Bursa pharyngea veröffentlicht wurden und knüpft dann an an die von Dursy-Ganghofener und von Froriep geäusserte Entstehungstheorie von der Fixation der Schleimhaut an den Resten der Chorda dorsalis. Für die Richtigkeit dieser Annahmen sollen die Untersuchungsbefunde des Vortragenden neue Gesichtspunkte und neue Beweisgründe beibringen: Er theilt die Befunde seiner an 16 Embryonen von 2—25 cm Scheitelfusslänge vorgenommenen Untersuchungen in 3 Gruppen:

Gruppe A. Die Chorda dorsalis zeigt flächenhafte Verbindung mit der Rachenoberfläche bei einem Fötus von 2 cm Scheitelfusslänge und bei einem Fötus von 3 cm Länge zeigt sich nur eine ventrale Vorstülpung am Scheitelpunkt des Chordalbogens.

Gruppe B. Die Rachenschleimhaut zeigt bei 8 Föten von 4—12 cm Scheitelfusslänge eine mehr oder weniger tiefe Epitheleinstülpung, mit deren Grunde direct oder durch Vermittelung besonders kräftig gebildeter Bindegewebsfibrillen die Chordareste des aufsteigenden Chordaschenkels in Verbindung stehen.

Gruppe C. Die Rachenschleimhaut stellt sich bei 5 Föten von 2—25 cm Scheitelfusslänge als glatt und eben dar, und die Reste der Chorda dorsalis treten mit ihr nicht in Verbindung. —

Aus diesen Befunden leitet Vortragender für die Fälle, bei denen im frühen Entwicklungsstadium eine gewebliche Verbindung zwischen Chorda dorsalis und Rachenoberfläche besteht und lange genug andauert, einen besonderen durch den Chordalstrang bewirkten Wachsthumsmechanismus in der Rachenhaut her. Derselbe führt unter der Abdrängung der Schleimhaut, welche mit dem Dickenwachsthum der Rachenhaut Hand in Hand geht, und in Folge des ungleichmässigen Längenmaasswachsthums des Os occipitale zu einer stärkeren Spannung des aufsteigenden Chordalschenkels, und diese wieder bewirkt durch elastischen Zug die Epithelieneinstülpung an der mit der Chorda fixirten Stelle der Rachenoberfläche. Neben dieser rein mechanischen Entstehungsart der Bursa pharyngea spielt das Rachenepithel nur eine nebensächliche active Rolle insofern, als es grubenartig in die Tiefe wächst da, wo eine vertiefte Form der Chordafixation eine Gelegenheit dazu bietet.

16. Cohn (Königsberg): Die oberen Luftwege bei den Leprösen im Memeler Lepraheim.

C. hat 10 Fälle von Lepra, und zwar 6 von Lepra tuberosa und 4 von Lepra anaesthetica untersucht. In allen Fällen von Lepra tuberosa fanden sich hochgradige Veränderungen in Nase, Rachen und Larynx, und zwar documentirten sie sich als Knoten, Infiltrationen, Narben oder Ulcerationen. In den betreffenden Fällen fanden sich stets Bacillen in enormer Menge, besonders reichlich im Nasenschleim. Die Infection ging in einem Falle mit Sicherheit von der Nase aus. In Folge dessen hält der Vortragende es für möglich, dass es Fälle gebe, in denen die Erkrankung nicht an der äusseren Haut, sondern der Schleimhaut der oberen Luftwege, spec. der Nase, ihren Anfang nehme. Demonstration eines Leprakehlkopfes und einer Tafel mit Bildern und Bacillen.

17. Simkò (Budapest): Ueber Sklerom in Ungarn.

Ungarn ist eines der Länder, wo das Sklerom sehr verbreitet ist. Bei uns befassten sich mit ihm Irsai, Rona und Morelli, der als Erster im Jahre 1885 das Sklerom im Rochusspital diagnosticirte. Wir bekamen die meisten Fälle aus Ost-Ungarn, von der galizischen Grenze, wo die Cultur und die Reinlichkeitsliebe des Volkes immer noch sehr im Rückstande sind. Wir hatten seit 1901 67 Skleromfälle, von denen die meisten sich auch auf den Larynx verbreiteten und nur wenige auf die Nase und den Pharynx. Was die Feststellung der Diagnose betrifft, geschieht sie meistens durch histologische Untersuchungen oder durch ein serologisches Verfahren, mit welchen sich der Assistent des Budapester pathologischen Institutes befasst, der mich jedoch nicht bevollmächtigte, darüber zu referiren. Das Sklerom erscheint als eine elastische harte, grauröthliche Wucherung oder als grauröthliche Verdickung der Schleimhaut. Das Velum ist hinaufgezogen. Die Diagnose befestigt noch der typische Fötor. Bei der Therapie ist die Form in Betracht zu ziehen, denn dort, wo ein Tumor ist, muss chirurgisch vorgegangen werden, man muss den Tumor entfernen und den Grund galvanokaustisch zer-

stören. Doch dort, wo kein Tumor ist, können wir nur conservativ vorgehen und zwar innerlich mit Kalium jodatum und Bougierung event. Intubation des Larynx oder Röntgen. Obgleich das Sklerom keine contagiöse Infectionskrankheit ist, denn es gelang selbst nicht, sie durch Impfung zu übertragen (Schrötter), es aber endemisch auftritt, müssen wir gegen die Verbreitung so viel wie möglich arbeiten. In dieser Arbeit wäre es uns sehr behilflich, wenn in einigen Centren Skleromcomités wären, denen jeder Arzt seinen Fall melden müsste. Zur Beschränkung der Verbreitung gehört noch, das Volk aufzuklären.

Von unseren Fällen will ich nur zwei referiren, und zwar füllte das Sklerom bei allen beiden die ganze Nase aus. Wir entfernten mittels Messers und Galvanokaustik die Wucherung, und bis jetzt — das sind bereits zwei Jahre — haben wir kein Recidiv.

Discussion:

Gerber: Ursprünglich hatte ich in unserer Section über das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken sprechen wollen. Da ich aber auf eine anderweitige Anregung hin in der Gesammtsitzung der medicinischen Hauptgruppe am Donnerstag Nachmittag das Thema behandeln werde, so will ich daraus hier nur das erwähnen, was mir das wichtigste Ergebniss der neueren Skleromforschung zu sein scheint. Goldzieher und Neuber in Budapest ist es gelungen, im Blut Skleromkranker Antistoffe gegen den Bacillus Frisch nachzuweisen, die mit diesem Complementfixation ergaben, mit dem ihm morphologisch identischen Friedländer-Bacillus nicht. Diese Versuche sind auf meine Veranlassung im hiesigen hygienischen Institut von Bürgers nachgeprüft und bestätigt worden. Danach müssen wir wohl den Bacillus Frisch als Erreger des Skleroms ansehen und können auch hoffen, künftighin in zweifelhaften Fällen die Serumreaction als diagnostisches Hilfsmittel verwerthen zu können.

Streit (Königsberg) führt aus: Der Sklerombacillus habe zwar sicher mit der Entstehung der Krankheit etwas zu thun, doch seien die Beweise dafür, dass dieser Bacillus in der That der alleinige sichere Erreger des Skleroms sei, zur Zeit wenigstens als nicht völlig genügend anzusehen. Für die ätiologische Bedeutung des Sklerombacillus spräche evident das histologische Bild. So habe Streit nachweisen können, dass der Bacillus von der äusseren Oberfläche her ins Gewebe eindringe und daselbst nicht nur den Zellleib, sondern auch den Zellkern occupire. Der Vortragende habe wiederholt sämmtliche Degenerationserscheinungen vom Beginne an sowohl an der Plasmazelle wie auch an der Epithelzelle feststellen können. Er habe unter Anderm auch eine Patientin, die Schwester zweier Skleromkranken beobachtet, bei der das klinische Bild noch negativ gewesen sei, während sich sowohl die typischen histologischen Veränderungen als auch Sklerombacillen in der Nasenschleimhaut haben nachweisen lassen. Gegen die ätiologische Bedeutung spräche aber z. B. der Umstand, dass Streit durch den Sklerombacillus bei der Katze typische Friedländer-Pneumonien erzeugt habe. Agglutinationsversuche, Thierversuche etc., die der Vortragende im hygienischen Institut zu Königsberg angestellt habe, hätten diese Frage nicht mit Sicherheit entscheiden können.

Ferner weist Streit auf einen Fall von „Rhinosklerom“ beim Pferde hin (publicirt aus den Jahresberichten der beamteten Thierärzte Preussens 1901. Bern-

bach. Berlin 1902). Der Fall wurde im pathologisch-anatomischen Institut der Thierärztlichen Hochschule untersucht. Klinisch erscheint dem Vortragenden der betreffende Fall allerdings sehr anfechtbar.

Was die Prophylaxe der Krankheit betrifft, so äussert sich Streit nach seinen Kenntnissen, die er sowohl durch Feststellung eines oberschlesischen Skleromherdes, als durch seine mit Unterstützung der Behörden unternommene Bereisung der ostpreussischen Skleromherde im Jahre 1903 gewonnen hat, in folgender Weise. Er verweist auf die prophylaktischen Maassnahmen, die er seiner Zeit im Archiv für Laryngologie in mehreren Arbeiten empfohlen hat und die in folgenden Punkten bestehen:

1. Allgemeine Anzeigepflicht für das Skleroms.
2. Besondere Controllirung der Skleromherde durch die in denselben practicirenden Amtsärzte. Diese letzteren müssten über das Wesen und die Hauptsymptome des Skleroms aufgeklärt werden.
3. Jährliche Controllirung der Skleromkranken und Belehrung derselben über die nothwendigen hygienischen Maassnahmen Seitens der Amtsärzte.
4. Bereisung der Skleromgegenden durch ärztliche Commissionen etwa alle 2—3 Jahre. Die Familienangehörigen sind stets principiell hierbei zu untersuchen.
5. Die Skleromkranken, die ärztlicher Behandlung bedürfen, seien auf staatliche Kosten einem besonders ausgewählten Krankenhaus in Königsberg bezw. Breslau zu überweisen. An diesen Krankenhäusern seien ständige Skleromstationen einzurichten.

Streit hält diese vorgeschlagenen Maassnahmen zur Zeit für mehr denn je nöthig und empfiehlt den staatlichen Behörden dringend die Durchführung derselben.

Damit waren die Abtheilungssitzungen beendet.

Donnerstag, den 22. September, Nachmittag

sprach in der Gesammtsitzung der medicinischen Hauptgruppe:

18. Gerber (Königsberg): Ueber das Sklerom insbesonders in Ostpreussen im Jahre 1910.

Als Erreger des Skleroms haben wir jetzt wohl mit Sicherheit den 1882 von v. Frisch entdeckten Kapselbacillus anzusehen, nachdem es jüngst Goldzieher und Neuber in Prag geglückt ist, im Blutserum von Skleromkranken Antistoffe gegen den Bacillus Frisch nachzuweisen, die mit diesem Complementfixation ergaben, mit dem ihm sonst ganz ähnlichen Friedländer'schen nicht. Auf meine Veranlassung und mit gütiger Erlaubnis des Herrn Prof. Kruse hat College Bürgers von unserem hygienischen Institut diese Versuche nachgeprüft und bestätigt gefunden. Danach also müssen wir den Kapselbacillus von Frisch für den Erreger des Skleroms ansehen und können in Zukunft in zweifelhaften Fällen die serologische Diagnose zur Unterstützung heranziehen. In wie weit wir auf diesem Wege zu therapeutischen Resultaten gelangen werden, steht noch dahin. Versuche mit einer von Bürgers hergestellten Vaccine haben bisher noch keine sicheren Resultate ergeben.

Die ehemalige Anschauung, als sei das Sklerom nur in bestimmten Bezirken in einigen Herden vorhanden und gehe die ganze übrige Welt nichts an, hat sich mit zunehmender Erkenntniss als falsch erwiesen und muss aufgegeben werden. Wir wissen heute, dass diese Krankheit sporadisch in der ganzen Welt auftritt, in Europa wie in Amerika, in Asien wie in Afrika, wenn auch bestimmte Territorien sich durch ein besonders reichliches, endemisches Vorkommen auszeichnen. In Europa wiederum sind es nicht nur die Länder des ehemaligen Königreichs Polen, nicht nur Galizien, sondern auch die andern Provinzen Oesterreich-Ungarns, Russland, Italien, Frankreich und die Schweiz und schliesslich auch Deutschland, die ihr Contingent beisteuern. In der Aufzählung von Wolkowitsch figurirt Deutschland mit einem Fall, der aus dem dicht an der österreichischen Grenze gelegenen oberschlesischen Kreise Neisse stammt. Auch die im nächsten Decennium ganz vereinzelt mitgetheilten Fälle stammen zumeist aus Schlesien. Im Allgemeinen hielt man das übrige Deutschland wohl für frei von Sklerom. In den Jahren 1896—99 habe ich dann die ersten Skleromfälle aus Ostpreussen beobachtet und im Jahre 1900 begann die Aufdeckung des ostpreussischen Skleromherdes. Fast alle damals beobachteten Fälle entstammten den an der russischen Grenze gelegenen Kreisen Lyck und Marggrabowa und verhielten sich zu Russland genau so wie die schlesischen Fälle zu Oesterreich. Die Beobachtungen aus dieser Gegend mehrten sich in den nächsten Jahren, sehr bald kamen auch solche aus den benachbarten Kreisen hinzu und heute haben wir 28 Skleromfälle in Ostpreussen, unter denen höchstens 4 als fraglich bezeichnet werden könnten. Denn 16 boten die bezeichneten bakteriologischen Verhältnisse, 11 sind histologisch positiv, 5 sind pathologisch nicht untersucht und nur 3 ausdrücklich bakteriologisch und histologisch negativ. Das Maassgebende bleibt ja aber immer — bei den ausgesprochenen Schrumpfungsvorgängen dieser Krankheit das klinische Bild. Von diesen 28 Fällen sind 9 verstorben, 5 nicht mehr zu ermitteln, möglicherweise auch verstorben, 2, die seit 10 Jahren in Beobachtung stehen, sind z. Z. gesund, die 5 in der letzten Zeit behandelten Fälle befinden sich mehr oder minder gut. In Schlesien sind jetzt 18 Fälle bekannt. Aber es ist nicht bei diesen beiden compacten Herden geblieben. Inzwischen sind auch aus ganz anderen Gegenden Deutschlands, wenn auch bisher nur vereinzelt, sporadische Fälle mitgetheilt worden. Wir haben somit heute in Summa, soweit mir bekannt, 55 deutsche Fälle. Diese Zahl will aber an sich garnichts sagen und kommt ganz gewiss der Anzahl der thatsächlich in Deutschland vorhandenen Skleromkranken auch nicht im Entferntesten nahe. Es handelt sich ferner um eine Krankheit, die blühende Menschenleben auf der Höhe ihres Lebens befällt, die contagiös ist, und von einer Bösartigkeit, die nicht übertroffen werden kann, eine Krankheit, die überall im Zunehmen begriffen ist und nun auch von verschiedenen Seiten her gegen unser Vaterland heranrückt. Wolkowitsch kannte seiner Zeit 86 Fälle insgesammt, v. Schrötter berechnete die Zahl der publicirten Fälle im Jahre 1906 auf 600 und 1909 auf ca. 1000. Was Ostpreussen speciell betrifft, so könnten wir die Sache vielleicht ruhiger ins Auge sehen, wenn es sich hier um einige vielleicht zufallsweise gehäufte Fälle handelte, für die Nachschübe kaum zu fürchten wären. Ein Blick auf diese Karte hier wird Sie eines andern belehren. Der Zusammenhang des ost-

preussischen Herdes mit dem russisch-polnischen jenseits unserer Grenze ist evident. In Russisch-Polen aber ist die Krankheit schon jetzt, wie in Galizien nicht mehr und nicht weniger als eine Volksseuche. Wollen wir warten, bis es auch bei uns so weit ist? So wie es hier gezeichnet ist, sieht die Gegenwart Ostpreussens in Hinsicht auf das Sklerom aus, — so aber kann seine Zukunft aussehen! Der Vergleich mit der Lepra liegt nahe und ist schon oft gezogen worden. Deutschland hat für 15 Lepröse ein Lepraheim gegründet und Congresse und Specialzeitschriften angeregt. Für die Zahl der schon jetzt 4 mal so starken Skleromkranken geschieht nichts. Bei uns in Preussen haben die Behörden eigentlich dafür gethan, was sie zunächst dafür thun konnten. Nur das mangelnde Interesse der Aerzte lässt diese Frage nicht in Fluss kommen. Sollte es mir nun gelungen sein, hier, an der Hauptstätte des deutschen Skleroms, die Aufmerksamkeit dafür zu erwärmen — noch bevor die Ende dieses Jahres in Wien zusammentretende internationale Skleromconferenz ihre Arbeiten beginnt —, so würde ich meine Aufgabe für erfüllt halten.

---

d) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 10. Juni 1909.

Koenig: Diagnostischer Irrthum durch das Mikroskop aufrecht erhalten.

Es handelte sich um den Fall eines 24jährigen Mannes, der seit mehreren Monaten an einem als „Angina Vincenti“ diagnosticirten Halsleiden litt. Es stellte sich heraus, dass es sich um Syphilis handelte, und zwar hatte man den Primäraffect für die Angina Vincenti gehalten.

Cornet: Man findet fast bei allen geschwürigen Processen im Halse den Bacillus fusiformis und die Vincent'schen Spirillen. Die Spirochaeta pallida muss man im Gewebe selbst aufsuchen.

Veillard hat ein Mandelgeschwür, das alle Charaktere der Vincent'schen Angina bot und wo unter dem Mikroskop typische fusiforme Bacillen und Spirillen sich fanden, unter specifischer Behandlung schnell heilen sehen, nachdem vorher 14 Tage lang ohne Resultat local Methylenblau applicirt worden war.

Cornet (Châlons-sur-Marne): Bright'scher Schnupfen.

C. hat bei einigen Nephritikern vor dem Auftreten der Hauptsymptome der Niereninsufficienz einen chronischen Schnupfen gesehen, den er auf ein Oedem der Nasenschleimhaut zurückführt. Dieser Schnupfen wurde im Allgemeinen in Kurzem durch kochsalzarme Nahrung gebessert.

Bosviel: „Kystes pseudo-sébacés“ des Pharynx.

Unter dieser Bezeichnung beschreibt B. kleine weiss-gelbliche, glatte und leuchtende Hervorragungen von der Grösse einer kleinen Linse. Man findet sie in der Schleimhaut des Gaumensegels, der Uvula, der Gaumenbögen und der Pharynxwand. Sie verursachen ein wenig Beschwerden, sind aber weder von Fieber noch sonstigen Allgemeinsymptomen begleitet.

Die Affection wird meist durch Zufall entdeckt. Die Behandlung besteht darin, dass man die Knötchen mit dem Bistouri öffnet und sie mit Jodtinctur austupft.

Max Scheier (Berlin) hat Radiogramme eingesandt, die zum Studium der Stellung von Lippen, Gaumen, Zunge, Kehlkopf beim Phoniren dienen.

Sitzung vom 9. Juli 1909.

Boulay stellt eine 30jährige Frau mit Erkrankung des Antrums vor, die vor einem Jahre mit Schmerzen von einer eitrigen Gingivitis und Zahnausfall anfing. Die Schmerzen sind jetzt unerträglich und machen Morphiuminjectionen erforderlich. Es besteht Schwellung der Wange, Tiefstand des Gaumensegels, Verbreiterung des Alveolarrandes. Nasenhöhle normal, ohne Eiter; Wange bei der Durchleuchtung dunkel, Durchspülung ergiebt eine trübe Flüssigkeit. B. nimmt an, dass es sich um einen malignen Tumor handelt.

Le Marc'hadour stellt einen Kranken vor mit einem Abscess des hinteren Gaumenbogens. Er bespricht die Differentialdiagnose dieser Affection gegenüber den peritonsillären Abscessen.

Mahu stellt einen 36jährigen Mann vor, der gleichzeitig tuberculös und syphilitisch ist. Es bestand eine erhebliche Infiltration der Aryknorpel mit Unbeweglichkeit der rechten Larynxhälfte, infolge deren vor 2 Jahren die Tracheotomie nothwendig wurde.

Sitzung vom 10. November 1909.

Koenig: Morbus Basedow nach Abtragung der Mandeln. Besteht ein ursächlicher Zusammenhang?

Bei einer 28jährigen Person bildeten sich 4—5 Monate nach Abtragung der Tonsille die Symptome der Basedow'schen Krankheit heraus. Ohne der Amygdalotomie die Schuld an dem Basedow zuschreiben zu wollen, setzt K. den Fall in Parallele mit den zahlreichen in der Literatur beschriebenen, wo es nach Entfernung adenoider Vegetationen zur Besserung, ja sogar zum Verschwinden der Basedowerscheinungen kam.

Luc: Anwendung der Localanästhesie bei der Radicaloperation einer doppelseitigen chronischen Stirnhöhleneiterung.

Es handelte sich um eine 34jährige Frau, bei der schon 14 Tage vorher gleichfalls unter Localanästhesie eine rechtsseitige Oberkieferhöhleneiterung operirt worden war. Die Annahme der Stirnhöhlenaffection war zunächst eine hypothetische; die Stirnhöhlen wurden explorativ eröffnet und, als man in beiden Eiter fand, nach Killian operirt. Der Eingriff geschah unter geringen Schmerzen und wenig Blutverlust. Die Anästhesie wurde dadurch hervorgebracht, dass zunächst Gazebäusche mit Cocain-Adrenalinlösung getränkt in den mittleren Nasengang nach Abtragung der mittleren Muschel eingelegt wurden. Dann wurden entsprechend der Incision nach Killian in die Haut Einspritzungen einer Novocainlösung (1prom. Adrenalin 5, Novocain 0,25, Wasser 20) gemacht. Ausserdem wurde

jederseits eine tiefe Injection unterhalb der medianen Partie der Orbita gemacht. Die Patientin ist völlig geheilt.

Foy: Rhinometrie.

F. demonstrirt seinen Atmorhinometer, der die Athemflecken aufzeichnet, aufbewahrt und misst.

Courtade protestirt energisch dagegen, dass in der Geschichte der klinischen Rhinometrie sein Name mit Stillschweigen übergangen werde, da er der Vater der Methode sei und ein Instrument, den Pneumographen, angegeben habe. Seit dem Januar 1902 habe er zahlreiche Mittheilungen darüber gebracht.

Georges Laurens: 1. Sterilisation der Hautdecke vor der Operation in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Nachdem L. die Jodtinctur angewandt hatte, von ihr wegen der Empfindlichkeit der Haut mancher Individuen aber wieder abgegangen war, benutzt er eine 20proc. Lösung von Jodtinctur in Chloroform.

2. Nasenrachenpolyp.

Grosser Tumor, der den Nasenrachenraum ausfüllte und einen Fortsatz in die Nasenhöhle sandte und aus dem Nasenloch hervorsah. Er konnte ohne jede Incision auf retropalatinem Wege extrahirt werden.

L. empfiehlt zwei Methoden: 1. Extraction auf oralem Wege oder 2. sublabiale Rhinotomie für die grossen, die Nebenhöhlen ausfüllenden Polypen. Er verwirft die Resectionen der Nase und Incisionen in die äussere Haut.

3. Kehlkopfpapillome; Thyreotomie, Fulguration.

5jähriges Mädchen vor 2 Jahren tracheotomirt; der ganze Larynx ist bis über die Epiglottis mit Papillommassen angefüllt. Es wird eine zweite tiefe Tracheotomie gemacht, der Larynx und Trachea eröffnet und nach Curettage der Papillome die Fulguration angewandt. Naht des Larynx; partielle Resection des Ringknorpels, der infolge der vor 2 Jahren gemachten Laryngotomia intercricothyreoidea zum Theil nekrotisirt war.

Nach 5 Monaten kein Recidiv der Papillome, aber Fortbestehen der Aphonie.

Caboche betont, dass den Kehlkopfpapillomen gegenüber auch die radicalsten chirurgischen Methoden im Stich lassen. Er hat in einem Falle ein gutes Resultat mittels der endolaryngealen Methode erzielt.

Guisez: 1. Diagnose und Therapie mittels der directen Methode in Fällen, wo der Spiegel im Stich liess.

G. führt zunächst einige, Kinder betreffende Fälle an, wo allein die directe Methode eine Diagnose erlaubte, einen von Larynxpapillomen und zwei von chronischen Stenosen. Bei einigen Erwachsenen war infolge Dicke des Zungengrundes und Ueberhängen der Epiglottis die Untersuchung unmöglich. Auch hat G. unter directer Laryngoskopie einen Kehlkopfpolypen aus der vorderen Commissur entfernt.

2. Zwei Fälle von ungewöhnlichen Antrumeiterungen.

Im ersten Fall handelte es sich um ein 6jähriges Kind, bei dem im Anschluss an eine Zahncaries eine sehr schwere osteomyelitische Sinusitis maxillaris auftrat;

bei der Operation fand sich eine ausgedehnte Nekrose des Oberkiefers. Trotz breiter Eröffnung, wobei sich ein ungewöhnlich entwickelter Sinus zeigte, hielten die septischen Erscheinungen an und das Kind erlag einer Thrombose der Vena ophthalmica und des Sinus cavernosus. G. hat früher einen analogen ein 4 Jahre altes Kind betreffenden Fall publicirt.

Im zweiten Fall, der gleichfalls in Folge einer Zahncaries entstand, waren grosse diagnostische Schwierigkeiten. Pat. schnaubte keinen Eiter, sondern klagte nur über subjective Kakosmie. Die Durchleuchtung ergab keinen Schatten. Die Probepunction ergab nur dann Eiter, wenn der Troicart ganz hinten im unteren Nasengang eingestossen wurde. Die Radicaloperation zeigte einen doppelten Sinus, dessen vordere Abtheilung fast gesund war, während die hintere voller Granulationen und Eiter war.

Mahu hat einmal bei einem 12jährigen Kind eine Sinusitis maxillaris operirt. Er hat vor einigen Jahren eine Patientin gehabt mit allen Symptomen einer linksseitigen Kieferhöhleneiterung; bei der Operation ergab sich, dass keine Highmorshöhle auf der betreffenden Seite existirte.

Barthas: Lupus der Wange und Lupus der Nasenschleimhaut.

Bei 18 Patienten mit Wangenlupus hat B. 8mal auch Erkrankung der Nasenschleimhaut gefunden; bei den 10 anderen bestanden gewöhnliche Veränderungen in der Nase, z. B. Rhinitis hypertrophica oder atrophica.

Lautmann (Paris).

---

e) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

64. Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. A. Gramstrup: Ein Fall von asymmetrischen adenoiden Vegetationen mit Abscess.

Ein 18jähriger Mann bekam plötzlich rechtsseitige Ohrschmerzen und Schluckschmerzen; Röthe und Schwellung des rechten Seitenstranges, sonst nichts Besonderes. Katheterisiren der rechten Tuba mechanisch erschwert. Exploration: Vegetationen, vorwiegend rechts; die entfernte Rachentonsille zeigte nach rechts stärker hypertrophische Lappen und in der Gegend der Tuba einen geschlossenen Abscess.

Discussion: Mygind, Gramstrup.

II. A. Gramstrup: Drei Fälle von traumatischen Leiden der Kieferhöhle.

In zwei Fällen handelte es sich um Patienten, die durch starke Traumen des Alveolarfortsatzes mit späterer Fistelbildung bei sonst gesunden Zähnen ein Antrumleiden erworben hatten.

Der dritte Fall betraf einen 35jährigen Mann, der sich vor 10 Jahren mit einer Stecknadel den ersten Mahlzahn im linken Oberkiefer reinigte; es schien ihm, als verschwände die Nadel in den Zahn hinauf, weshalb er denselben ziehen

liess, ohne dass jedoch die Nadel gefunden wurde. Während der letzten paar Jahre ab und zu eitriger Schnupfen der linken Nasenhälfte; Concha media roth und geschwollen; Rhinoscopia posterior und Durchleuchtung ergiebt nichts Besonderes. Röntgenuntersuchung jedoch zeigte, dass unter und hinter der mittleren Muschel eine $2^1/_2$ cm lange Stecknadel sass, den Kopf in der Wand des Antrum. Die Nadel wurde mittels einer gebogenen Zange entfernt.

65. Sitzung vom 18. December 1909.

Nur Otologisches wurde vorgetragen.

66. Sitzung vom 16. Februar 1910.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

N. Rh. Blegvad: Tonsillektomie (mit Demonstration von Instrumenten).

Die beste Behandlung der chronischen Tonsillenerkrankungen bei Erwachsenen ist die Tonsillektomie und zwar muss sie in folgenden Fällen vorgenommen werden: 1. bei wiederholten Anfällen acuter Tonsillitis, 2. bei wiederholten Anfällen peritonsillarer Abscesse, 3. bei einer Tonsillitis lacunaris chronica, die besondere Symptome verursacht, 4. in Fällen, wo der Patient schon einmal eine von der Tonsille ausgehende ernste Infection durchgemacht, 5. in Fällen von Adenitis colli, bei denen kein anderer Ausgangspunkt nachgewiesen werden kann.

B. empfiehlt die Tonsillektomie mittels der Schlinge. Die Schlinge von Peters arbeitet gut und zuverlässig. Ferner hat B. eine Zange zum Festhalten bezw. Hervorziehen der Tonsille construirt; sie ist in der Weise verfertigt, dass sich die Schlinge über die schon angelegte Zange einschieben lässt.

B. hat 16 Tonsillektomien vorgenommen und in keinem Falle beträchtliche Nachblutung erlebt. Die Resultate waren befriedigend.

Discussion:

Vald. Klein frägt, ob man nicht statt Cocain Novocain verwenden könne.

P. Tetens Hald: Eine wirklich vollständige Entfernung des adenoiden Gewebes lässt sich wohl bei der angegebenen Operation nicht erzielen.

Die aufgestellten Indicationen fand H. sehr zutreffend, nur könnte man sich bei chronischen „Mandelpfröpfen“ gewöhnlich mit Amygdalotripsie begnügen.

H. würde die Schlinge von Vacher vorziehen.

Schmiegelow hat mehrere Tausende Tonsillotomien vorgenommen und ist mit dem Tonsillotom von Mackenzie sehr zufrieden. Bei den kleinen Tonsillen hat er bei partieller Resection ausgezeichnete Resultate erzielt; die Methode von Blegvad sei seiner Meinung nach erstens zu complicirt, zweitens überflüssig.

Mygind ist mit der gewöhnlichen Tonsillotomie bei Kindern sehr zufrieden, nur selten sei eine Wiederholung der Operation nöthig. Bei den fast ausschliesslich bei Erwachsenen vorkommenden „small but diseased tonsils“ aber habe die Tonsillektomie sicher ein grosses und dankbares Feld.

Jörgen Möller hat bisher ein wirklich praktisches Instrument zum Hervorziehen der Tonsille vermisst und sei deshalb froh, dass Blegvad seine Zange construirt habe.

Die fortwährend wiederkehrenden Infectionen gehen bei Erwachsenen vorwiegend von dem oberen Pol aus und M. hat deshalb schon vor 7 Jahren auf die Bedeutung einer gründlichen Behandlung dieser Region aufmerksam gemacht. Er sei bisher mit dem Morcellement sehr zufrieden gewesen, die Tonsillektomie in der von Blegvad vorgeführten Gestalt scheine ihm aber so gefällig, dass er geneigt sei die Methode zu versuchen.

Willaume Jantzen: Die Entfernung der Tonsillen mittels der kalten Schlinge ist eine sehr hübsche Methode, jedoch kann es bei einer gewöhnlichen Schlinge bisweilen passiren, dass beim Zuziehen der Draht bricht.

Gottl. Kiär: Die peritonsillaren Abscesse sind bekanntlich weit häufiger als die tonsillaren; die Ursache sei vielleicht die, dass die Infection nicht immer durch die Tonsille stattfindet, sondern durch oberflächliche Läsionen der Schleimhaut.

Jörgen Möller denkt, dass der peritonsillare Abscess gerade von dem oberen Pol her entsteht, wo man keine fibröse Kapsel findet.

Blegvad hat das Novocain versucht, es aber ziemlich wirkungslos gefunden und sei deshalb wieder zum Cocain zurückgekehrt. Die Frage, wie oft nach einer einfachen Tonsillotomie Recidiv auftritt, ist schwer zu beantworten; man muss in Betracht nehmen, dass theils nicht alle Patienten sich einer erneuten Operation unterziehen wollen, theils dass sie nicht immer zu dem Arzt zurückkehren, der die erste Operation vorgenommen hat. Bei Erwachsenen ist es am rationellsten, eine erkrankte Tonsille mittels Tonsillektomie zu behandeln, nach Morcellement u. dergl. treten häufig Recidive auf. Gegen Behandlung mit Amygdalotripsie und dergl., die immer wieder vorgenommen werden muss, hat die Tonsillektomie den Vortheil, dass der Patient mit einem Schlag geheilt wird.

Natürlich ist es nicht immer möglich alles zwischen den Gaumenbögen liegendes adenoides Gewebe zu entfernen, der pathologisch sehr wichtige obere Pol lässt sich aber vollständig entfernen.

Was den Infectionsweg der peritonsillaren Abscesse betrifft, ist es wohl die allgemeine Meinung, dass dieselbe durch die Tonsille selbst oder auch durch eine tiefe Fossa supratonsillaris geht; dass die Entzündung nicht die Tonsille selbst ergreift, sondern das ausserhalb derselben liegende lockere Bindegewebe, lässt sich wahrscheinlich dadurch erklären, dass die Bedingungen für eine Ansammlung von Eiter daselbst viel besser sind als in dem straffen Tonsillengewebe, wo ausserdem eine lebhafte Phagocytose besteht.

Ausserdem eine otologische Mittheilung. Jörgen Möller.

67. Sitzung vom 16. März 1910.

Vorsitzender: Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

1. P. Tetens Hald: Fall zur Diagnose.

20jähriges Mädchen, seit 6 Tagen Schluckschmerzen; in der rechten Ary-

gegend ein tiefes, scharf abgeschnittenes Geschwür, in der Umgegend einige gelbe Flecken. Keine syphilitischen Manifestationen.

Discussion: Schmiegelow, Kiär u. A. meinen, es handle sich wahrscheinlich um einen Gummiknoten.

(Späterer Zusatz: Wassermann positiv, Geschwür durch antiluetische Behandlung geheilt.)

II. Wilhelm Waller: Fall von tiefliegendem Fremdkörper in der Lunge. Bronchoskopische Extraction.

Ein 12jähriger Knabe inhalirte das Mundstück einer Kindertrompete; Wohlbefinden; bei schnellem Respiriren hört man zwei trompetenähnliche Töne. In Chloroformnarkose wird Bronchoskopie gemacht und der 25 cm vom Zungenbein befindliche Fremdkörper wird mittels einer platten Brünings'schen Zange entfernt.

Nur otologische Mittheilungen.

68. Sitzung vom 11. Mai 1910.

I. Gottlieb Kiär: Dilatation des Oberkiefers.

K. empfiehlt in Fällen, wo auch nachEntfernung der adenoiden Vegetationen die nasale Respiration sich nicht ausbilden lässt, mechanische Dilatation des Oberkiefers vorzunehmen; es lässt sich in dieser Weise die schmale, hohe Form des Gaumens, sowie die Deviation der Nasenscheidewand beseitigen.

II. E. Schmiegelow: Beitrag zur operativen Behandlung der Hypophysenleiden.

S. hat eine Dame wegen Hypophysistumor operirt; die äussere Nase wurde aufgeklappt, Nasenscheidewand, vordere Keilbeinhöhlenwand, Septum sphenoidale und schliesslich vordere Wand der Sella turcica entfernt, wonach der Tumor theilweise entfernt wurde. Nachher Wohlbefinden, Symptome gebessert.

(Späterer Zusatz: 3 Wochen nach der Operation plötzlich Hirnödem, binnen weniger Stunden Exitus; keine Meningitis.)

Discussion: P. Tetens Hald.

IV. E. Schmiegelow: Fälle von Mucocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen.

1. 63jährige Frau stiess vor 3 Jahren die Stirne gegen die Ofenthür; 2 Tage später ein kleiner Knoten, der fortwährend gewachsen; gleichzeitig Doppelsehen. Inmitten der Stirne ein hühnereigrosser Tumor, der das linke Auge beträchtlich dislocirt hat; bei der Operation zwei von einander völlig getrennte Cysten, die eine in der Stirnhöhle, die andere in der Orbita und dem vorderen Theil des Siebbeins; die Wand fibrös, der Inhalt dick, gelatinös, dunkelbraun, giebt starke Blutreaction. Interessant ist das traumatische Entstehen, wahrscheinlich durch einen Bluterguss in die Stirnhöhle.

2. 51jährige Frau bemerkte vor einem Jahre einen kleinen cystischen Knoten im linken Augenwinkel, der sehr langsam bis zur Kirschengrösse anwuchs. Bei

der Operation wallnussgrosse Cyste im Siebbein, ohne Verbindung mit der Nasenhöhle; die Wand fibrös, der Inhalt grünlich, gelatinös.

V. E. Schmiegelow: Larynxstenose von narbiger Natur, nach Selbstmordversuch.

Die Stenose wurde mittels Drain à demeure dilatirt; Patient wird als geheilt vorgestellt.

Jörgen Möller.

---

f) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Juni 1910.

G. Fischer stellt einen Patientin vor, bei der in Folge von operativen Eingriffen an der Zungenwurzel eine Verwachsung der Epiglottis mit der Zungentonsille eingetreten ist.

Weski: Die moderne zahnärztliche Diagnostik im Dienste der Rhinologie.

Der Mediciner ist auf die zahnärztliche Diagnostik angewiesen bei Gesichtsneuralgien und Erkrankungen der Kieferhöhle. Bei ersteren ist festzustellen, ob etwa eine entzündete Pulpa die Ursache ist, was — wenn nicht ein sichtbarer Cariesherd vorhanden — der Inductionsstrom aufklären kann, indem er eine erhöhte Empfindlichkeit des Zahnes feststellt, die bei der Entzündungshyperämie noch nicht so ausgesprochen ist, als im Stadium der Transsudation, während im dritten Stadium des eitrigen Zerfalls die Empfindlichkeit heruntergesetzt ist. Das sind wichtige Indicien für die Therapie, da sie eventuell einer Pulpagangrän und den sich daraus entwickelnden Wurzelhauterkrankungen vorbeugen kann.

Neuralgische Zustände können hervorgerufen werden durch die als Dentikel bekannten Neubildungen des Zahninnern, die durch die Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden können, durch Erkrankungen der Wurzelhaut, Hypercementosen und retinirte Zähne, die ebenfalls röntgenologisch erkannt werden können.

Die Frage, ob eine Kieferhöhleneiterung durch eine Zahnerkrankung hervorgerufen ist, ist zahnärztlicherseits zu lösen. Eine chronische Entzündung der Wurzelspitze lässt sich röntgenogragraphisch in beiden Formen, der fungösen Knocheneinschmelzung und des Granuloms, erkennen und beide können von einander unterschieden werden. Die stets dabei vorhandenen Malassez'schen Epithelnester können zu Radiculärcysten führen. Alle diese und andere Verhältnisse kann der Zahnarzt feststellen und dem Rhinologen dadurch einen Dienst leisten.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. George M. Lefferts (New York), als einer der ältesten und verdienstvollsten Vertreter der Laryngologie in Amerika allgemein bekannt, der bis zu seinem Anfang dieses Jahres erfolgten Rücktritt in 25jähriger treuer Mitarbeit unserem Blatte unschätzbare Dienste erwiesen, hat sich von der ärztlichen Thätigkeit

zurückgezogen und wird von nun an dauernd auf dem Lande leben. In sein buen retiro sendet ihm die Redaction des Centralblattes herzliche Wünsche für einen langen und schönen Abend seines arbeitsreichen Lebens nach!

Prof. Dr. Carl von Eicken ist an die Universität Giessen als Nachfolger Prof. Leutert's berufen worden. Sein Lehrauftrag umfasst die Otologie und die Laryngo-Rhinologie. Eine stationäre Klinik besteht bisher nicht, es ist vielmehr von der Regierung zur Unterbringung solcher Patienten, die einer klinischen Behandlung bedürfen, in dem katholischen Schwesternhaus eine Anzahl Betten gemiethet. Es besteht jedoch, wie wir hören, bei den maassgebenden Factoren die feste Absicht, demnächst den Bau einer Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in die Wege zu leiten.

Prof. Dr. Denker ist für das Jahr 1910/1911 zum Dekan der medicinischen Facultät in Erlangen gewählt worden.

Prof. Gradenigo ist zum correspondirenden Mitglied der Société Belge de Laryngologie et d'Otologie sowie der Wiener Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Prof. Körner (Rostock) ist zum correspondirenden Mitglied der Dänischen Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Dr. Carlo Biaggi hat sich in Pavia als Privatdocent für Oto-Rhino-Laryngologie habilitirt.

Eine Reminiscenz.

Es ist bekannt, dass den unmittelbaren Anlass zu der Staatsumwälzung in Portugal die Ermordung des bei seinen Fachgenossen sehr geschätzten Lissaboner Psychiaters Prof. Bombarda, des anerkannten Führers der Revolutionspartei, gegeben hat. Es ist vielleicht nicht unangebracht, an dieser Stelle daran zu erinnern, dass der Mann, der das beklagenswerthe Opfer seiner politischen Ueberzeugung geworden ist, einmal inmitten eines Kampfes stand, in dem es sich um die Interessen der Laryngologie handelte. Prof. Bombarda war es, der als Generalsecretär des Lissaboner Internationalen Congresses im Jahre 1905 verhinderte, dass der Laryngologie eine selbstständige Section eingeräumt wurde und der so den Anlass dazu gab, dass die Laryngologen darauf verzichten mussten, sich officiell an dem Congress zu betheiligen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, December. 1910. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Gg. Mayer, Waldmann, Fürst** und **G. B. Gruber** (München). **Ueber Genickstarre, besonders die Keimträgerfrage.** *Mit 4 Tabellen. Münch. med. Wochenschrift. No. 30. 1910.*

Nach eingehendem Rückblick auf die Geschichte der Genickstarre, das Auftreten und Wandern der Epidemien sowohl in den einzelnen Ländern, wie auch in localen Bezirken, berichten Autoren über ihre Untersuchungsresultate, die sich bei Untersuchung der gesammten Münchener Garnison (9111 Mann) in genickstarrefreier Zeit ergaben. Sie fanden die Meningokokken bei allen Truppentheilen in einem Durchschnittsprocentsatz von 1,73 pCt. unabhängig von Wohnungsverhältnissen, früheren Erkrankungsherden und Truppentheilen, ja die grösste Zahl Kokkenträger fanden sich (2,4 pCt.) in einem Regiment, in welchem überhaupt keine Genickstarrefälle aufgetreten waren. In der grössten Ueberzahl der Fälle fanden sich die Meningokokken auf intacter Schleimhaut.

Autoren kommen zu folgenden Schlussfolgerungen:

„In genickstarrefreier Zeit fanden sich bei 9111 gesunden Personen 1,73 pCt. Meningokokkenträger bei einmaliger Untersuchung, eine Zahl, welche von dem Procentverhältniss 2,46 bei 1911 mehrmals untersuchten gesunden Personen während des Herrschens von Genickstarre wenig verschieden ist. Nach unseren somit bei 11022 Gesunden gemachten Erhebungen ist der Meningococcus in der Rachenschleimhaut des Menschen ubiquitär und scheint in einem Procentsatz von rund 2 pCt. bei Gesunden vorhanden, gleichgültig, ob Genickstarre herrscht oder nicht. Die Isolirung der Träger hatte auf den Fortgang der Erkrankungen keinen Einfluss: Epidemiologisch beweisende Beziehungen zwischen Trägern nnd Kranken waren nur ganz vereinzelt und dann nicht mit Sicherheit festzustellen, wie dies bei Typhus oder Cholera der Fall ist. Die Anwesenheit zahlreicher Kokkenträger unter den Truppen führte seit Frühling 1910 zu keinen Er-

krankungen mehr, auch nicht bei den neueingestellten Mannschaften. Warum erfolgten dann die Erkrankungen 1909? — Die mühsame culturelle Eruirung der Kokkenträger und der mit ihr verbundene enorme Aufwand von Zeit, Material und Arbeitskräften verliert daher an Werth. Sie kann auf Grund unserer Untersuchungen zur Bekämpfung der Genickstarre einerseits nicht mehr als nothwendig, andererseits als practisch geradezu unmöglich bezeichnet werden. Zur Bekämpfung sind vorläufig allgemeine sanitäre Maassnahmen, Desinfection der Zimmer etc. der Erkrankten, körperliche Schonung der den Kranken umgebenden Personen, gute Ernährung, gute Unterkunft, vielleicht Ortswechsel, und zwar soweit, dass Klimawechsel erfolgt, heranzuziehen. Die Kranken, vielleicht besonders die Leichtkranken, scheinen unter Bedingungen der allgemeinen und individuellen Disposition, über die wir bis jetzt höchstens Hypothesen äussern können, die Hauptrolle bei der Verbreitung der Genickstarre zu bilden, sie sind daher zu isoliren, und zwar in Krankenhäusern. Denn, widerspruchsvoll wie die ganze Krankheit, sind die einzigen, von uns als gesichert ansprechbaren, epidemiologischen Erhebungen jene von uns in No. 9 der Münch. med. Wochenschr. geschilderten Beziehungen der erkrankten Soldaten in verschiedenen Garnisonen zu Genickstarrefällen und -Herden in der Civilbevölkerung. Man wird bei der Genickstarre nach neuen Gesichtspunkten zu ihrer Bekämpfung suchen müssen, denn die Versuche, den Epidemien in der Weise entgegenzutreten, wie es namentlich in Deutschland mit so grossem Erfolge beim Typhus und bei der Cholera gelang, haben, das kann ausgesprochen werden, versagt. Liest man die Schilderungen der Epidemien, wie sie auch in der neueren Zeit in der Literatur niedergelegt sind, so gewinnt man denselben Eindruck wie bei der hiesigen Epidemie: Sie erloschen eigentlich von selbst. Bis auf Weiteres müssen wir bei der Verbreitung und Bekämpfung der Genickstarre wiederum sagen: Ignoramus."

HECHT.

2) **Ewald** (Wien). **Die Krankheiten des Halses.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1910.*

Chirurgische Beobachtungen und Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908.

HANSZEL.

3) **Koschier** (Wien). **Zur Frage der relativen Gutartigkeit mancher Sarkome und Carcinome.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1910.*

In prognostischer Hinsicht sind ausser dem Alter des erkrankten Individuums, der Localisation und histologischen Beschaffenheit des Tumors nicht in letzter Linie die Resistenz des Organismus und die Virulenz der Neubildung in Betracht zu ziehen.

HANSZEL.

4) **R. Abbe. Radium als ein Specificum bei Riesenzellensarkom. (Radium as a specific in giant cell sarcoma.)** *Medical Review. 1. Januar 1910.*

Verf. berichtet 11 Fälle von ausgedehntem inoperablem Riesenzellensarkom, bei denen die Anwendung von Radium in jedem Falle zur Heilung ohne Recidivbildung führte. Eine Tube mit Radium wurde an einem oder mehreren Tagen 10 Minuten bis 53 Stunden lang — je nach Grösse und Ausdehnung der Geschwulst — in der Geschwulstmasse eingebettet gelassen.

EMIL MAYER.

5) **E. Rösler. Ueber angeborene seitliche Halsfisteln.** *Dissert. Berlin 1908.*

R. beobachtete bei 4 von 7 Geschwistern angeborene laterale Halsfisteln und theilt die diesbezügliche Krankengeschichte mit. Die Eltern waren gesund. Eine Operation wurde verweigert.

OPPIKOFER.

6) **D. Dantzmann. Ueber einige Fälle congenitaler Halscysten. (De quelques cas de kystes congénitaux du cou.)** *Dissert. Nancy 1909.*

Verf. beobachtete 3 Kiemengangscysten und 3 congenitale cystische Lymphangiome. 3 Photographien.

OPPIKOFER.

7) **Fein** (Wien). **Halsschmerz und Halsdrüsenschwellung.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1909.*

Eine nicht seltene Ursache des Schluckschmerzes, speciell beim Leerschlucken, ist die Entzündung der Drüse, welche im Winkel der Einmündung der Facialis antica in die Drosselvene liegt, wobei die Inspection der oberen Luftwege oft keinerlei Veränderung ergiebt.

HANSZEL.

8) **F. Op. De Beeck. Eine eitrige Adenitis unter dem Sternocleidomastoideus mit Streptokokkenvaccine behandelt. (A suppurative adenitis under the sternocleidomastoid muscle treated with streptococcus vaccine.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1910.*

Verf. injicirte 30000000 und 12 Tage darauf 40000000 Bakterien. Es trat keine Reaction ein. Dieselbe Dosis wurde dann während der nächsten Tage, in denen Schwellung, Erbrechen, Fieber bis 40,2° C., Dysphagie bestand, mehrere Male injicirt; jedesmal nach der Injection gingen die Erscheinungen zurück und schliesslich verschwanden sie ganz. Verf. ist davon überzeugt, dass nur die Vaccinetherapie seinen Patienten geheilt hat.

EMIL MAYER.

9) **Charles Lester Leonard. Die Behandlung von tuberculöser Cervicaladenitis mittels Röntgenstrahlen. (The treatment of tuberculous cervical adenitis by Roentgen rays.)** *Journal American Medical Association. 4. Mai 1910.*

Für die Anwendung der Röntgenstrahlen spricht auch der Umstand, dass die Heilung ohne Narbe vor sich geht, das kosmetische Resultat also — was bei Affectionen des Halses und Gesichts ins Gewicht fällt — ein gutes ist.

EMIL MAYER.

10) **Terrien. Ueber die klinischen Formen des Drüsenfiebers.** *Journal de Médecine Interne. No. 21. 1910.*

Ein seltenes Glück hat der Ausdruck „Drüsenfieber". Trotzdem er heute kaum mehr noch als Bezeichnung einer eigenen Krankheit festgehalten werden kann, wenigstens von rhinologischer Seite aus, widmen die Pädiater der Besprechung des Drüsenfiebers als eigener Kinderkrankheit doch noch besondere Abhandlungen. Die hier von Terrien vorliegende gipfelt allerdings in dem Schlusssatze, dass das Drüsenfieber in erster Linie zu einer genauen Untersuchung des Rhinopharynx veranlassen muss, wo man stets adenoide Wucherung antreffen wird, und würde hierin für uns nichts Neues liegen. Interessant aber ist die Ein-

theilung in vier Formen, die uns thatsächlich der klinischen Beobachtung zu entsprechen scheinen. Es giebt da zunächst eine einfache Form, die von Pfeiffer aufgestellte einfache Entzündung der Halsdrüsen. Weniger bekannt ist schon die Form, die den echten Torticollis muscularis nachahmt. Das hohe Fieber, das Ergriffensein des Gesammtorganismus leiten auf die richtige Fährte. Hingegen hat man öfter Gelegenheit, die Form zu beobachten, die die Parotitis infectiosa nachahmt. Es ist nicht nöthig, auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose besonders aufmerksam zu machen. Eine genaue Palpation gestattet eine solche in allen Fällen. Unstreitig die wichtigste Form ist diejenige, welche eine Halsphlegmone vortäuscht. Hier ist die Differentialdiagnose ebenfalls wichtig, weil diese Form des Drüsenfiebers niemals zur Eiterung führt und daher in diesen Fällen die chirurgische Intervention unnöthig ist. Leider ist diese letztere Form, trotz ihrer relativen Häufigkeit, noch immer nicht genug bekannt.

LAUTMANN.

11) **G. H. Cocks. Status thymo-lymphaticus und seine Beziehung zu plötzlichem Tod. (Status thyme-lymphaticus and its relation to sudden death.)** *Laryngoscope. Juli 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Diagnose des Status lymphaticus als Ursache plötzlichen Todes wird zu häufig gestellt. Die Statistik Hammer's zeigt, dass die Thymusdrüse in der Norm weit grösser ist, als man gewöhnlich annimmt. Eine mechanische Tracheostenose existirt zweifellos als Todesursache in seltenen Fällen. Die gewöhnliche Todesursache beim Status lymphaticus ist aber eine „Hyperthymisation" des Organismus, die ihn gegenüber schädlichen äusseren Einflüssen, wie Shock, Anaestheticis und Infectionen besonders empfindlich macht. Die Diagnose auf Status lymphaticus kann zweifellos intra vitam gestellt werden, und zwar mittels Röntgenstrahlen. Besteht ein Status lymphaticus, so ist Chloroform das gefährlichste Anaestheticum.

EMIL MAYER.

12) **Martin Lubinski** (Berlin). **Zur Inhalationstherapie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 2. 1909.*

Beschreibung eines Inhalationsapparates mit besonders construirtem in die Nasenlöcher einzuführendem Ansatzstück. Erhältlich im Medicinischen Warenhause in Berlin.

ZARNIKO.

13) **H. Pässler** (Dresden). **Ueber den Ersatz der sogenannten indifferenten Thermalbäder durch Inhalation ihrer Radiumemanation bei rheumatischen Krankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

Nagelschmidt und Kohlrausch haben nachgewiesen, dass die Radiumemanation im Bade die Haut nicht zu durchdringen vermag; da aber nach solchen Bädern Emanation ausgeschieden wird, kann die Emanation im Bade nur durch die Athmungsorgane in den Organismus eingedrungen sein. Pässler versuchte daher auf dem Wege der Inhalation allein die Wirkung des radioactiven Wassers zunächst mit den Keil'schen Inhalationstabletten, die aber keine befriedigenden Resultate ergaben. Er versuchte hierauf in Teplitz i. B. die ausschliessliche Inhalationsbehandlung mit der der Teplitzer Heilquelle unmittelbar entnommenen

Radiumemanation. Es wurde eine „Emanationskammer“ mit ca. 5,75 cbm Rauminhalt eingebaut, deren Wände mit dem ca. 48° C. warmem Wasser dauernd berieselt wurden. Nach Untersuchungen von Tuma ergab eine Messung, dass bei der gewählten Anordnung während anhaltender Berieselung und bei geschlossener Thür ein Emanationsgehalt von 5,1 Macheeinheiten in 1 Liter Luft der Kammer vorhanden war. Unter genauer Controle zur Vermeidung aller Trugschlüsse und Auswahl entsprechender Fälle von schwerer chronischer Polyarthritis und Ischias, die jeglicher anderweitiger Behandlung bisher getrotzt hatten, wurden die Versuche eingeleitet. Der Erfolg, den Autor durch 10 Krankengeschichten belegt, war vorzüglich und scheint dieser neuen Inhalationstherapie, deren Wirkung vielleicht durch eine durch entsprechende technische Maassnahmen leicht zu erzielende Anreicherung der den Quellen unmittelbar entströmenden Radiumemanation verstärkt werden kann, eine ausgedehntere Anwendung künftig zu verbürgen. Autor verbreitet sich eingehend über die physiologischen Wirkungen des Kammeraufenthaltes und dessen Wirkungen auf den Krankheitsverlauf, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

14) **Dreuw** (Berlin). **Lichtträger mit chirurgischem Ansatz.** *Med. Klinik. 41. 1910.*

Das Instrument ist so construirt, dass Handgriff, Lichtquelle und Messer (Schlinge) ein einheitliches Ganzes bilden.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Henry J. Hartz. Bemerkungen über die Physiologie und Entwickelung der Nase und Nebenhöhlen und Reflexneurosen. (Remarks on the physiology and development of the nose and accessery sinuses and nasal reflexes.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

In Bezug auf die Reflexe sagt Verf.:

1. Ein peripherer Reiz der sensiblen Nasennerven bringt meistens eine Gefässdilatation der Nasengefässe, selten eine Contraction zu Stande.

2. Peripherer Reiz der sensiblen Nasennerven hat eine Dilatation der Blutgefässe des Kopfes im Gefolge, während, umgekehrt, an anderen Körperstellen Contraction erfolgt.

3. Ein den sensorischen Nerven entfernter Regionen zugefügter Reiz kann entweder Dilatation oder Contraction der nasalen Blutgefässe im Gefolge haben.

EMIL MAYER.

16) **H. M. Flower. Einige nasale Reflexe. (Some nasal reflexes.)** *Cleveland Medical and Surgical Reporter. Juli 1909.*

Uebersichtsartikel.

EMIL MAYER.

17) **Charles Graef. Kopfschmerzen nasalen und oculären Ursprungs. (Headaches of ocular and nasal origin.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Man muss die engen Gefässbeziehungen zwischen den oberen Theilen des Naseninnern mit den Meningen in Betracht ziehen. Congestion der oberen Theile

der Nase verlegt nicht nur die Luftwege und bringt so einen schmerzhaften Druck zu Wege, sondern beeinträchtigt auch die Circulation zu den Meningen. Verf. weist dann auch auf die durch Erkrankungen des Siebbeins und der Keilbeinhöhle bedingten Augenerkrankungen hin. LEFFERTS.

18) **J. A. Stuckey. Einige Reflexneurosen, ausgehend von Abnormitäten in der Nase. (Some reflex neuroses arising from nasal abnormalities.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Zu den von Ziegler aufgestellten 6 Punkten, deren man bei Untersuchung auf nasale Reflexneurosen eingedenk sein muss, fügt Verf. einen siebenten:

Steindiathesen, fehlerhafter Intestinalstoffwechsel jeder Art müssen ausgeglichen und bei jeder Reflexneurose, welches auch die auslösende Ursache sei, sorgfältig beachtet werden. LEFFERTS.

19) **A. de Kleyn** (Utrecht). **Die Beziehungen zwischen Gesichtsnerv und Nasenleiden. (Het verband tuschen gezichtszennerv en neuslijden.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 13. 1910.*

Entzündungen der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen sind häufige Ursachen von Sehnervenaffectionen. Das am häufigsten dabei beobachtete Leiden dieses Nerven ist die Neuritis retrobulbaris. Van der Hoeve hat nachgewiesen, dass das von Birch-Hirschfeld beschriebene centrale Skotom für Farben nicht das erste Zeichen dieser Krankheit darstellt, sondern dass demselben eine Vergrösserung des blinden Fleckes, zuerst für Farben, dann auch für Weiss, vorangeht. In einem späteren Stadium verschmelzen diese beiden Skotome. Verf. hat 22 Patienten mit ein- oder beiderseitiger Entzündung der hinteren Nebenhöhlen ophthalmoskopisch untersucht und fand 10mal eine Vergrösserung für Farben des blinden Fleckes. In 13 operirten Fällen wurde nach der Operation der blinde Fleck normal, desgleichen in 7 nur mit Ausspülungen behandelten Fällen, während in 2 weiteren Fällen die Abweichungen am blinden Flecken sich zwar erheblich besserten, aber nicht gänzlich verschwunden waren. In 3 Fällen wurde während der Tamponade nach der Operation eine entschiedene Verschlimmerung des Opticusleidens vorübergehend beobachtet, während in 6 Fällen bereits einige Stunden oder einen Tag nach der Entfernung des Tampons eine auffallende Besserung constatirt wurde, welche Verf. hauptsächlich der Blutentziehung zuschreibt.

Als Ursache der Opticusaffection betrachtet Verf. circulatorische und toxische Einflüsse.

Bei Abwesenheit anderer ursächlicher Momente und in Anbetracht des möglichen Latentseins einer Nebenhöhlenaffection räth Verf. zur Operation der hinteren Nebenhöhlen, auch in solchen Fällen von retrobulbärer Neuritis, wo in der Nase deutliche Abweichungen nicht gefunden werden.

Ausser Neuritis retrobulbaris können im Gefolge von Nebenhöhlenentzündung auch auftreten: Neuritis optica, Thrombosis venae centralis retinae, Stauungspapille und Ablatio retinae.

Die Meinung von Lapersonne und Anderen, dass eine doppelseitige Papillitis fast immer constitutionellen Ursprungs wäre, ist hinfällig, sowohl wegen der be-

sonders von Onodi erläuterten anatomischen Verhältnisse, wie wegen des gar nicht selten doppelseitigen Vorkommens von Nebenhöhlenaffectionen.

H. BURGER.

20) **Piffl** (Prag). **Ueber nasale Reflexneurosen.** *Med. Klinik.* *35.* *1910.*

Im Rahmen einer kurzen Uebersicht theilt P. seine eigene Erfahrungen auf dem Gebiete der nasalen Reflexneurosen mit. Unter den seltenen Fällen ist eine Beobachtung besonders hervorzuheben, bei welcher es sich um unbezwingliche Schlafsucht infolge Verlegung beider Nasenhöhlen durch hochgradige Schwellung der Nasenschleimhaut handelte.

SEIFERT.

21) **Mayer** (Posen). **Ueber sacrale Anästhesie in Verbindung mit Cocainisirung der Nase zur Linderung der Geburtsschmerzen.** *Med. Klinik.* *12.* *1910.*

Die sacrale Anästhesie (Stoeckel), epidurale Injection (Chatelin) wurde combinirt mit Cocainisirung der Nase (Tuberculum septi und vorderes Ende der unteren Muschel). Diese Methode beeinflusste in günstiger Weise die Geburtsschmerzen. Die Wirkung trat aber nicht mit Sicherheit in allen Fällen auf und ausserdem wurde auch in einer Anzahl von Fällen die Geburtsdauer verlängert.

SEIFERT.

22) **Max Senator** (Berlin). **Gelenkrheumatismus nach operativem Trauma der Nasenschleimhaut.** *Med. Klinik.* *8.* *1910.*

In einem Falle, in welchem eine Operation an den unteren Muscheln vorgenommen wurde, bildete höchstwahrscheinlich das durch die Operation gesetzte Trauma die Eingangspforte für die Infectionserreger eines sich anschliessenden Gelenkrheumatismus.

SEIFERT.

23) **J. E. M'Dougall.** **Fall von idiopathischer Cerebrospinalrhinorrhoe. (Case of idiopathic cerebro-spinal rhinorrhoea.)** *Liverpool Medico-chirurgical Journal. Juli 1910.*

31jähriger Mann, der an einer seit 14 Jahren datirenden rechtsseitigen spastischen Hemiplegie leidet, die mit rechtsseitigen Convulsionen begann; dies wurden gebessert durch eine über dem linken Sulcus Rolandi ausgeführte Trepanation; Patient ist geistig defect. Er hat während der Zeit auch das Gesicht und den Geruch eingebüsst. Vor 9 Jahren begann spontan aus der linken Nase Flüssigkeit zu fliessen; dieser Ausfluss hat, abgesehen von zwei je fast 2 Jahre dauernden Intermissionen, bis jetzt angehalten; die Flüssigkeitsmenge beträgt ungefähr 15 g pro Stunde. Die Nase scheint normal. Die Flüssigkeit ist alkalisch und hat ein specifisches Gewicht von 1005. Sie enthält etwas Albumen und einmal fand sich, dass sie Fehling'sche Lösung reducirte, ein anderes Mal aber nicht.

Verf. meint, dass die Rhinorrhoe bedingt ist durch gesteigerten intracraniellen Druck, vielleicht infolge chronischen Hydrocephalus internus, und dass die Flüssigkeit längs der Scheide des Olfactorius herabfliesst.

A. J. WRIGHT.

24) **L. Daubigney.** **Theorien über das Wesen der Ozaena. (Les théories pathogéniques de l'ozène.)** *Dissert.* *Montpellier 1909.*

Nach Aufzählen der bekannten zahlreichen Theorien bekennt sich D. als Anhänger derjenigen Autoren, welche die Ozaena als Trophoneurose auffassen.

Jouty, der Lehrer von D., sah in 2 Fällen mit Eintreten der Menstruation und in einem Falle mit Eintritt der Verheirathung eine Ozaena ausheilen (?). Gestützt auf diese nur kleine Beobachtungszahl, ziehen Jouty und Daubigney den gewagten Schluss, dass die Ozaena als trophoneurotische Veränderung sich nicht selten an Störungen des Genitalapparates anschliesse. Verschiedenen Ozaenapatienten wurde ein Extract aus der Drüsensubstanz von Hoden oder Ovarien gegeben. Das Mittel war ohne Erfolg.

OPPIKOFER.

25) **Jouty. Kritik der Theorien über das Wesen der Ozaena. (Critique des théories pathogéniques de l'ozène.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 3.*

Zusammenstellung und übliche Widerlegung einiger der bekannten Theorien über die Natur der Ozaena. Persönlich hat der Autor constatirt, dass in 2 Fällen die Symptome der Ozaena wichen, einmal, als das 14jährige Mädchen die Regel bekam und einmal, als eine seiner Patientinnen sich verheirathete. Trotz dieser Erfahrungen fragt sich der Autor, ob die Ozaena nicht eine Verwandtschaft mit dem Eczem habe. Es sei bemerkt, dass schon Schoenemann eine Relation zwischen Ozaena und Eczem bemerkt zu haben glaubte. Sollte auch die Beziehung sich bestätigen, so ist damit für die Erklärung der Ozaena noch nichts gewonnen, da die Natur des Eczems den Dermatologen ein Räthsel ist.

LAUTMANN.

26) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Ozaena und Syphilis. Neue Beobachtung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 22. Heft 3. S. 430.*

Verf. theilt mehrfache Beobachtungen von Fällen mit, bei denen es sich um eine frische Infection mit Lues bei Vorhandensein alter Ozaena handelt. Diese Fälle geben ihm einen erneuten Beweis für die schon früher aufgestellte Behauptung, dass es Fälle von Ozaena giebt, die ätiologisch mit Syphilis nichts zu thun haben.

F. KLEMPERER.

27) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Frühformen der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 492.*

Verf. glaubt aus einigen beobachteten Fällen, die er veröffentlicht, schliessen zu dürfen, dass die Ozaena angeboren vorkommen kann; solchen Säuglingen, die Eczem des Naseneinganges zeigen, ist eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Nach diesen Erscheinungen von Borkenbildung nach der Geburt ist bis circa zum 4. Jahre das Kind symptomenfrei. Es scheint erst dann die Ozaena Symptome zu erzeugen, wenn die Entwickelung der Knochen und der Nebenhöhlen vor sich geht und wenn das Lumen der Nase so gross ist, dass das Secret eintrocknen kann. Während der Verf. die Vererbungstheorie anerkennt, hat er für die Lues- und Ansteckungstheorie keinen Anhaltspunkt gefunden.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **Stepinski. Die Behandlung der Ozaena und der Otorrhoe mit dem Milchsäureferment. (Le ferment lactique dans le traitement des rhinites ozéneuses et des otorrhées.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXXI. No. 1. 1910.*

Jetzt erst, nachdem die Internisten von ihrem ersten Enthusiasmus über die Heilerfolge mit dem Milchsäurebacillus zurückgekommen sind, beginnen die Laryn-

gologen ebenfalls über Heilerfolge bei bisher renitenten Krankheiten zu berichten. Stepinski hat 27 Patienten, die an „einfacher atrophischer ozänöser Rhinitis“ erkrankt waren, folgendermaassen behandelt: Reinigung der Nasenschleimhaut, leichte, aber wiederholte galvanische Caustik der Muscheln; Einstäubung der ganzen Nasenschleimhaut mit getrocknetem Milchsäureferment. Zwei bis drei Sitzungen in der Woche, dazwischen schnupft der Patient zweimal täglich Milchsäureferment. In allen Fällen ist vom 17.—68. Tage die Eiterung der Nase verschwunden, der Geruch war schon am 5. bis 6. Tage nicht mehr vorhanden. 22 der so behandelten Patienten sind seit über ein Jahr geheilt geblieben, bei den anderen wich ein schwaches Recidiv nach kurzer Behandlung. Ebenso wunderbare Resultate hat St. bei 14 Fällen von Otorrhoe erzielt, doch das nur nebenbei.

LAUTMANN.

29) **Epaud. Ueber die Hämatome und Abscesse der Nasenscheidewand.** *Diss. Bordeaux 1909.*

E. theilt seine Erfahrungen mit, gestützt auf 19 Fälle von Septumabscess aus der Klinik von Moure. 18mal entstand der Abscess im Anschluss an ein Trauma und 1mal war die Aetiologie unbestimmt. Therapie: Einstich mit dem Galvanokauter.

OPPIKOFER.

30) **C. Caldera. Ein neuer klinischer Fall von Papillom der Nasenscheidewand. (Sopra un nuovo caso clinico di papilloma del setto nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia. XXI. Fasc. 2.*

Der Fall betrifft einen 30jährigen Mann. Der Tumor, der mit der kalten Schlinge entfernt wurde, erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein typisches Papillom.

CALAMIDA.

31) **Mc Kenzie. Nasenperforationen durch Salz hervorgerufen. (Nasal perforations due to salt.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Von acht Personen, die als Packer von Tafelsalz thätig waren, zeigten vier Perforationen der Nasenscheidewand. Sie waren sonst gesund, zeigten insbesondere keine Zeichen von Syphilis.

EMIL MAYER.

32) **J. G. Wilson. Hereditäre anatomische Besonderheiten als ein ätiologischer Factor bei Verbiegung der Nasenscheidewand und Nebenhöhlenerkrankungen. (Anatomical hereditary pecularities as an aetiological factor in deflected nasal septa and accessory sinus disease.)** *N. Y. Medical Record. 29. Januar 1910.*

Aus den anatomischen Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

Die Nebenhöhlen dienen jetzt keinem nützlichen Zweck mehr, sondern gehören zu den verschwindenden Organen; dadurch erklärt sich ihre Empfänglichkeit für Infectionen. Das Vorhandensein von Nasenscheidewanddeviationen ist wahrscheinlich bei allen Rassen gleich allgemein und wird pathologisch bei denjenigen Rassen, die von Geburt enge Nasen haben. Die Ursache angeboren enger Luftwege und deviirter Septa ist in erster Linie eine entwickelungsgeschichtliche und findet ihre Erklärung in der Thatsache, dass die Schädelkapsel sich auf Kosten der Knochen des Gesichts und des Riechapparates entwickelt hat. EMIL MAYER.

33) **James P. Lewis. Missbildungen der Nasenscheidewand. (Malformations of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 21. August 1909.*

Verf. bespricht eine grosse Reihe von subjectiven und objectiven Symptomen der Septumverbiegungen; unter den letzteren erwähnt er: Aeussere Deformität der Nase; Epistaxis; Anwesenheit von Eiter in der Rima olfactoria zwischen dem deviirten Septum und der mittleren Muschel (? Red.); einfache trockene Rhinitis auf der verlegten Seite. Den Schluss bildet eine Aufzählung der secundären entzündlichen und katarrhalischen Erscheinungen in den oberen Luftwegen.

LEFFERTS.

34) **H. Bell Tawse. Submucöse Resection der Nasenscheidewand nebst Bericht über 120 Fälle. (Submucous resection of the nasal septum with a review 120 cases.)** *Lancet. 9. Juli 1910.*

Verf. bringt zwar nichts Neues; er berichtet aber über eine grosse Anzahl von Fällen und theilt dem Leser die Ergebnisse einer reichen Erfahrung mit.

WATSON WILLIAMS.

35) **Johann Fein** (Wien). **Die einfache Fensterresection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 415.*

Verf. beklagt die wahllose Anwendung der submucösen Septumresection bei allen Fällen von Nasenscheidewandverkrümmungen und versucht der einfachen Resection einen Platz neben der submucösen Resection zu sichern.

Als Indicationen für die Wahl der einfachen Resection stellt Verf. folgende auf: Die einfache Fensterresection ist der submucösen vorzuziehen:

In allen Fällen, in welchen mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Ablösung der Schleimhaut ein unbeabsichtigtes Zustandekommen von Perforationen zu erwarten oder bereits eingetreten ist.

In allen Fällen, in welchen entweder von vornherein anzunehmen ist oder es sich während der submucösen Resection herausstellt, dass infolge weit nach hinten reichender Abweichung des Septums ein gutes Resultat ohne ausgiebige Abtragung der vorspringenden Theile nicht zu erwarten ist.

In allen Fällen, in denen mit Rücksicht auf den Kranken eine bedeutende Abkürzung der Operation erwünscht ist.

In allen Fällen, in welchen der Operateur aus irgend welchen Gründen (Mangel an Uebung, mangelhafte Assistenz, mangelhaftes Instrumentarium u. dgl.) fürchten muss, die submucöse Resection nicht vollkommen kunstgerecht und mit vorzüglichem Resultate ausführen zu können.

Verf. hat von der absichtlich gross hergestellten Perforation nach keinerlei Richtung hin Nachtheile gesehen. WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

36) **Harold Hays. Zwei Fälle von Septikämie nach submucöser Septumresection; ein Todesfall und eine Heilung. (Two cases of septicemia following submucous resection of the nasal septum; one death, one recovery.)** *American Journal of Surgery. November 1909.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine Septikämie (wahrscheinlich Streptokokkämie) in Verbindung mit Thrombose des Sinus cavernosus und möglicher-

weise Meningitis. Es fanden sich keine Petechien auf der Haut, auch waren keine Blutculturen gemacht, doch — sagt der Verf. — die Symptome sprachen so für eine Allgemeininfection, dass keiner, der den Fall sah, daran zweifeln konnte, dass Sepsis vorlag.

Im zweiten Falle waren die Symptome im Wesentlichen die gleichen, jedoch bestand auch Exophthalmus. Eine sorgfältige in Chloroformnarkose vorgenommene Untersuchung der Nase ergab das Vorhandensein eines Abscesses zwischen den beiden Schleimhautblättern des Septums. Incision; Drainage. Sofort darauf Temperaturabfall; Heilung. Die Frage, wie durch den Abscess eine Sinusthrombose verursacht werden konnte, beantwortet Verf. dahin, dass es zwischen den Arterien und Venen des Septums und den mit dem Sinus cavernosus communicirenden Arterien Verbindungsäste giebt.

EMIL MAYER.

37) **Otto J. Freer. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 4. December 1909.*

Verf. beschreibt an der Hand von Abbildungen ein neues von ihm angegebenes Raspatorium zur Ablösung des Periosts vom knöchernen Septum. Der Vortheil dieses Raspatoriums gegenüber dem gewöhnlichen scharfen und stumpfen Elevatorium besteht darin, dass der scheidende Rand des Instrumentes in ständigem Contact mit der Knochenoberfläche ist, so dass ein Durchstossen oder plötzliches Durchschneiden der Schleimhaut mit dem Instrument vermieden wird, während im Gegensatz dazu der Elevator die Neigung hat, die Knochenoberfläche an irgend einem Punkt, besonders an excavirten Stellen, zu verlassen nnd so leicht die Schleimhaut durchschneiden kann.

EMIL MAYER.

38) **Lannois** und **Durand. Septumverbiegung; submucöse Resection nach vorhergegangener Rhinotomia sublabialis. (Déviation de la cloison, résection sousmuqueuse après rhinotomie souslabiale.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 40. 1910.*

Obzwar die Arbeit schon im Bericht über die letzte Sitzung der französischen Gesellschaft für Oto-Rhinologie erwähnt wurde, besprechen wir sie wieder, weil die Autoren in der vorliegenden Arbeit die Bibliographie des Näheren berücksichtigen. In Deutschland ist die Operation, d. h. die submucöse Resection des Septums nach vorhergegangener Operation nach Rouge, von Löwe und Kretschmann beschrieben worden. In Frankreich hingegen ist das Septum zum Theil oder in toto nach dieser Methode schon vorher excidirt worden. Namentlich hat Gaudier schon 1905 in einer Arbeit 23 Fälle, die derart operirt worden sind, beschrieben. Die Operation ist selbstverständlich eine Complication der einfacheren Methoden nach Killian, doch hat sie ihre Indicationen. Wenn, wie im Falle von Durand und Lannois, die Nasengänge absolut verengt sind oder, wie im Falle von Laurens, verlegt sind durch Synechien, dann ist die Operation nur nach vorhergegangener Rhinotomia sublabialis bequem ausführbar. Unsere Autoren sagen, dass hierzu allgemeine Narkose nöthig ist: es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass die ganze Operation sich auch in Cocain-Anästhesie ausführen lässt.

LAUTMANN.

39) **Emil Glas** (Wien). **Zur Indication der Operation der verbogenen Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 5. 1910.*

Die Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit der submucösen Methode: Nach Besprechung einiger Indicationspunkte empfiehlt Autor diese Methode als äusserst erfolgreich bei nasalem Asthma, bei bestimmten Fällen sogenannter einseitiger Ozaena und bei Stirn- und Siebbein-, bezw. Keilbeinhöhlenentzündungen, um die Abflussbedingungen günstiger zu gestalten. Anschliessend bespricht G. die Operationstechnik, erwähnt das Instrumentarium, das sich ihm als zweckmässig erwiesen und giebt eine Reihe technischer Winke, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei. Irgendwelche besonderen Complicationen konnte Autor bei den von ihm im Laufe von 6 Jahren ausgeführten 870 submucösen Deviationsoperationen nicht beobachten.

HECHT.

40) **Halle** (Berlin). **Orale oder nasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Auf Grund eingehender Nachprüfung an der Leiche und auch am Lebenden kommt auch Halle zu dem Schlusse, dass die Löwe'sche orale Methode nur für Ausnahmefälle in Betracht käme. Solche Ausnahmefälle sind die seltene Indication einer Nasenscheidewandoperation bei Kindern unter 4 Jahren, eventuelle grosse, plastische Operationen oder Entfernung maligner Tumoren aus der Nase, bei denen die orale Methode ein übersichtlicheres Operationsfeld bietet. Die von Löwe ferner angegebene Indication einer ausreichenden Technik für intranasale Operation biete eher eine Contraindication. Nur für diese wenigen Fälle darf man der Löwe'schen Methode eine Berechtigung zuerkennen, trotz ihrer Nachtheile gegenüber den anderen Operationsmethoden, d. i. Narkose, wesentlich verlängerte Operationsdauer, grosse Wunden, bei der Operation erheblich stärkere Blutungen, postoperative Gesichtsschwellungen und längeres Krankenlager. Für alle anderen Fälle bleiben wir bei den intranasalen Methoden, die in der Killian'schen submucösen Septumresection eine nach jeder Richtung hin vorzügliche Methode bietet.

HECHT.

41) **Samuel G. Higgins. Ein selbsthaltendes submucöses Speculum. (Self-retaining submucous speculum.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Die Blätter des Speculum können von dem Handgriff abgetrennt werden und sind zum Auswechseln eingerichtet.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Henssen** (Lungenheilstätte Sonnenberg, Kreis Saarbrücken). **Ein Fall von taschenartiger Erweiterung der Ohrspeicheldrüse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Der 43jährige Patient zeigt eine Erweiterung des Ductus Stenonianus im Anfangstheil; „beim Aufblasen der Backen wird die Luft mit einem ziemlich lauten, fauchenden Geräusch in die Ohrspeicheldrüse hineingetrieben“ und bleibt dort retinirt, als wallnussgrosse Geschwulst vor beiden Ohren sichtbar. Massage beseitigt die Geschwulst, wobei sich reichlicher, schaumiger Speichel durch den

Ausführungsgang der Drüse entleert. Patient ist Glasbläser und behauptet, in seinem Berufe derartig beeinträchtigt zu sein, dass er als erwerbsunfähig Rente beansprucht.

HECHT.

43) **T. Hunter Peak. Doppelte eitrige Parotitis nach Salpingo-Oophorectomie. (Double suppurative Parotitis following salpingo-oophorectomy.)** *Kentucky Medical Journal. 15. August 1909.*

Die eitrige Parotitis trat zwei Tage nach der Operation auf. Die Eiterherde wurden incidirt. Heilung in 6 Wochen.

EMIL MAYER.

44) **S. L. Ziegler. Symmetrische Lymphome der Thränen- und Speicheldrüsen; Mikulicz'sche Krankheit. (Symmetric lymphomata of the lacrymal and salivary glands; Mikulicz's disease.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909*

Verf. berichtet über zwei Fälle bei Farbigen. In dem ersten Fall wurden die Tonsillen gründlich entfernt: sofort danach wurde die Athmung frei und es begann prompt Rückbildung der Submaxillardrüsen, danach der Parotiden und schliesslich der Thränendrüsen. Auch in dem zweiten Fall hatte die Tonsillectomie ein allmähliges Zurückgehen der Symptome im Gefolge.

Z. hält die Drüsenschwellungen für echte Lymphome oder Lymphtumoren, die von Adenomen oder Tumoren der Drüsensubstanz zu unterscheiden sind. Verf. ist geneigt, den Athembehinderungen eine Bedeutung als ätiologischem Factor einzuräumen und demgemäss müssen auch solche Hindernisse gründlich beseitigt werden.

EMIL MAYER.

45) **Galebski. Ueber einige Formen der ulcerösen Angina. (O nekotorich formach jaswennich angin.)** *Westnik usch. gorl.-nos. bol. p. 83. 1909.*

Galebski beobachtete eine kleine Epidemie von Angina Vincenti. Zugleich theilt er einige herpetische Erkrankungsfälle mit.

P. HELLAT.

46) **H. Arrowsmith. Vincent'sche Angina. (Vincent's Angina.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. giebt ein Resumé über die Krankheit in historischer, ätiologischer, symptomatologischer und pathologischer Hinsicht und theilt 3 Fälle mit. Der eine davon war sehr schwer und endete schliesslich mit einem Substanzverlust. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Krankheit in der Regel ziemlich ernst ist, dass wir gegenwärtig keine Mittel haben, um sie zu bekämpfen.

EMIL MAYER.

47) **Frederick Fraley. Vincent'sche Angina während einer Diphtherie-Quarantäne. (Vincent's Angina during quarantine for diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 7. Mai 1910.*

Die bemerkenswerthen Punkte in der kleinen Epidemie waren: der sehr milde Verlauf, das frische Vorkommen von Diphtherie in dem Institut, die wahrscheinliche Ausbreitung der Infection durch eine Zwischenperson und die Thatsache, dass die charakteristischen Organismen im Munde einiger Kinder gefunden wurden, bei denen das Zahnfleisch schwammig und leicht blutend war, ohne dass es zur Bildung von Exsudaten oder Geschwüren kam.

EMIL MAYER.

48) **S. Verson. Vincent'sche Angina und Syphilis. (Angina di Vincent-Plaut e sifilide.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. Fasc. 3.*

Nach Mittheilung eines Falles tritt Verf. in Erörterungen ein über den pathogenetischen Werth der Vincent-Plaut'schen Symbiose. Ohne ihr jede Bedeutung abzusprechen, ist Verf. doch der Ansicht derjenigen, die ihre pathogenetische Specifität leugnen. Er glaubt nicht, dass der Nachweis von fusiformen Bacillen und Spirochäten in den Exsudaten einer Stomatitis oder Angina irgendwelche pathogenetische Bedeutung habe. Zur Diagnose einer Vincent-Plaut-schen Angina sei es nöthig, eine immense Zahl von fusiformen Bacillen und Spirochäten zu finden, so dass die Ausstriche der Exsudate fast Reinculturen gleichen; dazu muss die charakteristische Anamnese und Symptomatologie kommen.

CALAMIDA.

49) **C. L. Kedell. Peritonsillarabscess (Quinsey).** *Australasian Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Der Peritonsillarabscess beginnt niemals in der Tonsille und greift niemals auf die Tonsille über. Zum Beweis dafür, dass die Peritonsillitiden mit den Tonsillen nichts zu thun haben, führt Verf. an, dass Personen, denen zur Prophylaxe die Mandeln entfernt wurden, trotzdem Abscesse bekamen, wie vorher. (Die Entfernung war wahrscheinlich nur eine unvollkommene; traten Abscesse auch auf, nachdem die Tonsillen enucleirt waren? Ref.) Verf. meint, dass die „rheumatische Diathese“ den Hauptfactor der Erkrankung darstelle und findet Salicylate bei der Behandlung sehr wirksam. Seit 10 Jahren behandelt Verf. jeden Fall von Peritonsillitis mit subcutanen Pilocarpininjectionen. In beginnenden Fällen kommt es nicht zur Bildung von Eiter und die Spannung und schmerzhafte Schwellung liess in jedem Fall erheblich nach.

A. J. BRADY.

50) **T. K. Hamilton. Peritonsillarabscess (Quinsey).** *The Australasian Medical Journal (Melbourne). 20. Juni und 20. August 1910.*

Der Artikel des Verf.'s beschäftigt sich mit dem Aufsatz Kedell's in der Mai-Nummer der Zeitung (cfr. voriges Referat). Verf. widerspricht der Ansicht Kedell's, dass der Peritonsillarabscess von einer Erkrankung der Tonsille durchaus zu trennen sei und sucht an der Hand sorgfältiger anatomischer Studien und reicher klinischer Erfahrungen seine gegentheilige Meinung zu beweisen. Er zeigt, wie nach Tonsillotomien erkrankte Theile zurückbleiben können; dagegen hat er in den letzten 6 Jahren eine grosse Anzahl von Tonsillectomien gemacht, ohne je ein Recidiv von Tonsillitis oder Tonsillarabscess gesehen zu haben.

Im zweiten Theil seiner Arbeit behandelt Verf. die Beziehungen der Mandelerkrankungen zum Rheumatismus.

A. J. BRADY.

51) **F. Certain. Klinische und bakteriologische Betrachtungen über die intra- und peritonsillären Abscesse. (Considérations cliniques et bactériologiques sur les abcès peri-amygdaliens.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Unter 17 Fällen (15 mal Peritonsillitis und 2 mal Abscess in der Mandel) wurde bei 16 eine Reincultur von Streptokokken nachgewiesen.

Betreffend die Häufigkeit der intra- und peritonsillären Abscesse macht C. aus der Klinik von Moure folgende Angabe: in den Jahren 1899—1908 wurden 263 Mandelabscesse beobachtet; 10 mal lag der Abscess in der Mandel nnd 253 mal im peritonsillären Bindegewebe.

Die Abscesse wurden mit dem Galvanokauter eröffnet. OPPIKOFER.

52) **Constantin. Resultate der Behandlung des Mandelabscesses durch Eröffnung der Fossa supratonsillaris.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 31. 1910.*

Zusammenstellung aller Fälle von Tonsillarabscess (160), die Escat im Laufe der letzten 14 Jahre behandelt hat. Die meisten (62) wurden nach den Angaben Killian's (Worms) eröffnet. Constantin hat in seiner eigenen Praxis 12 Fälle zu behandeln gehabt, die er zumeist nach Killian, 10 mal, eröffnet hat mit regelmässig günstigem Erfolg. LAUTMANN.

53) **Robert D. Jewett. Bericht über einen Fall von Teratom der Tonsille. (Report of a case of teratoma of the tonsil.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Der Tumor sass der Tonsille mit einem langen Stiel auf und ragte etwas über die Lippen hinaus, so dass das Kind zeitweise daran lutschte. Er wurde ohne Blutung leicht mit der Scheere entfernt. EMIL MAYER.

54) **Nowicki. Ein Fall von Tonsillensarkom mit Röntgenstrahlen behandelt. (Demonstraya przypadku sarkomatu migdalka leczenego promieniami Röntgena.)** *Tygodnik lekarski. No. 25. 1910.*

Bei einem 45jährigen Manne, bei dem seit längerer Zeit eine grosse sarkomatöse Geschwulst der linken Tonsille, welche in den Nasenrachenraum hineinragte, bestand, nahm diese rasch und bedeutend ab unter Einfluss von Behandlung mit Röntgenstrahlen. Bei der Autopsie fand man Nekrose der sarkomatösen Infiltrate, besonders auf der nasalen Seite des weichen Gaumens.

Die mikroskopische Untersuchung ergab tiefe nekrotische Herde in der sarkomatösen Geschwulst. In den benachbarten nicht von dem Sarkom afficirten Geweben wurden kleinzellige Infiltrate längs der Blutgefässe und an vielen Stellen Proliferation des Endothels wahrgenommen, die Blutgefässe erweitert und in den Geweben reichliche Conglomerate von Haemosiderin gefunden.

A. v. SOKOLOWSKI.

55) **S. Pusateri. Beitrag zum Studium der primären Tonsillensarkome. (Contributo allo studio dei sarcomi primitivi nelle tonsille palatine.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. No. 4.*

Es handelte sich um ein primäres Lymphosarkom der Tonsille, das sich auf die Halsmuskeln und das Rachendach weiter verbreitet hatte. CALAMIDA.

56) **John E. Summers. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 23. October 1909.*

Patient, ein 48 Jahre alter Mann, zeigte seit 6 Monaten eine Schwellung der linken Tonsille; diese Schwellung nahm dann rapide an Grösse zu. Die erste Operation bestand in Unterbindung der linken Carotis externa mit prophylaktischer Laryngotracheotomie. Die Wange wurde dann gespalten, der Kiefer durchtrennt,

der weiche Gaumen excidirt und der Tumor enucleirt. Zwei Recidive; beide Male wurden sie durch eine Operation von aussen entfernt. EMIL MAYER.

57) **J. A. Thompson. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Lancet Clinic. 26. Februar 1910.*

Operation von aussen; Entfernung der tonsillären Lymphgefässe und Unterbindung der Carotis externa. EMIL MAYER.

58) **Umbreit** (Berlin). **Glossitis haemorrhagica bei Hämophilie.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 105. 1910.*

Bei einem 30jährigen Hämophilen trat erst an der Zungenspitze ein rother Fleck auf, darnach Schwellung der ganzen Zunge mit Athem- und Schluckbeschwerden. Durch kleine Einschnitte wurden die Blutmengen ausgeräumt. Heilung nach wiederholten, neuen Blutungen. SEIFERT.

59) **Klausner** (Prag). **Ueber Lingua geographica hereditaria.** *Arch. f. Dermat. Bd. 103. 1910.*

Wahrscheinlich handelt es sich bei der Lingua geographica um eine angeborene Debilität und in Folge dessen erhöhte Reizbarkeit des Zungenschleimhautepithels, die ihren Ausdruck in einer chronischen Entzündung in Form der landkartenähnlichen Plaques findet.

In therapeutischer Beziehung dürfte eine rationelle Mundpflege mit den gebräuchlichen adstringirenden Mundwässern genügen. SEIFERT.

60) **Sachs. Tumor des Zungengrundes.** (Wiener dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 12. Januar 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1910.*

Zwei derbe, nussgrosse Tumoren mit feinwarziger Schleimhaut überdeckt. Histologischer Befund: gemischter Parotistumor. HANSZEL.

61) **J. Graf. Ueber Tumoren der Zungentonsille.** *Dissert. Bonn 1908.*

In anschaulicher Weise und kurzer Fassung stellt G. die Beobachtungen von gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Zungentonsille zusammen, die er in der Literatur auffinden konnte und fügt dieser Zusammenstellung einige eigene Beobachtungen hinzu.

In dem Abschnitt über die Carcinome der Zungentonsille findet sich die Angabe, dass in der ersten Zeit das Carcinom leicht mit Gumma verwechselt werden könne und dann, wenn es sich um Carcinom handle, bei Verabreichung von Jod oft eine Beschleunigung des Wachsthums der Geschwulst beobachtet werde. Auf diese Angabe darf man sich sicherlich nicht verlassen, da im Gegentheil das Jodkali auch bei malignen Tumoren eine vorübergehende Besserung bewirken kann. So sah Referent kürzlich unter Jodkali ein carcinomatöses Ulcus am Zungengrund im Verlauf von 3 Wochen sich schliessen. Dementsprechend schwanden auch die Schluckbeschwerden, der Fötor und die geringe blutige Secretion. Es blieben nur geringe ins Ohr ausstrahlende Schmerzen sowie eine leichte Erhebung am Zungengrund bestehen. Als dann aber mit dem Finger untersucht und eine Probeexcision aus dem sich von Neuem öffnenden Ulcus vorge-

nommen wurde, war die Diagnose auf Carcinom sicher gestellt. Bei dem beginnenden Carcinom des Zungengrundes spürt der Finger des Untersuchers oft mehr als das Auge sieht.

OPPIKOFER.

62) **Henri Caboche. Beiträge zur Klinik der eitrigen Entzündung der Zungenbasis und des glosso-epiglottischen Raumes. (Considérations cliniques sur la glossite basique phlegmoneuse et les suppurations du carrefour épiglottique.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 1. 1910.*

Sitzt ein Abscess im horizontalen Theile der Zunge, so ist bezüglich der Diagnose kaum ein Zweifel möglich. Die Fälle sind, wenn auch nicht häufig, so doch keine Ausnahmen und kann die erste von Caboche mitgetheilte Krankengeschichte eine halbseitige Entzündung der Zunge betreffend übergangen werden. Viel interessanter ist hingegen die zweite von ihm mitgetheilte Krankengeschichte, weil sie ein Capitel aus der Pathologie aufrollt, das sicher weiteres Studium verdient.

Es handelt sich um einen 20jährigen Patienten, der im Monat Juli eine Kornähre verschluckt hat und seither über fortwährendes Stechen tief im Halse auf der rechten Zungenseite klagt. Patient hat seither wiederholt Specialisten consultirt, die alle übereinstimmend die Klagen als nervöser Natur behandelten. Mittlerweile hat sich eine starke Dysphagie eingestellt und ein Stechen, das ins Ohr ausstrahlt. Als Caboche den Patienten am 18. Nov. zum ersten Male sah, constatirte er einen schlechten Allgemeinzustand. Der Kopf wird etwas schief gehalten. Die vordere Halsgegend erscheint etwas geschwollen. Die Palpation der Gegend oberhalb des Zungenbeins ist etwas weniger schmerzhaft als ein wenig tiefer zwischen Zungenbein und Schilddrüse. Die Gegend ist hier nicht so locker wie gewöhnlich, sondern etwas gespannt. Der Zungenboden ist nicht verändert, die Zunge kann, wenn auch mit Mühe hervorgestreckt werden. Der hintere Theil der Zunge ist schmerzhaft auf Druck, im Spiegel erscheint derselbe roth, geschwollen. Die Epiglottis ist äusserlich unverändert, doch absolut unbeweglich, wie erstarrt. Der Kehlkopf, soweit überblickbar, erscheint normal. In der Folge nehmen alle Symptome an Deutlichkeit zu, die Schwellung lateral und oberhalb des Zungenbeins wird markanter, die Haut daselbst ist rosa gefärbt, am Zungenboden zeigt sich ein leichtes Oedem. Es war schwierig eine Diagnose zu stellen und Caboche schwankt zwischen der eines Abscesses der Zungenbasis oder Vereiterung des glosso-epiglottischen Raumes. Aus dem therapeutischen Dilemma wurde Caboche durch spontane Eröffnung des Abscesses in der Nacht vom 23. Nov. gelöst. Bei der Untersuchung am nächsten Morgen ist die Austrittsstelle des Eiters nirgends erkennbar. Alle Krankheitserscheinungen wichen rasch.

Das am meisten hervorstechende Symptom war das Oedem oberhalb des Zungenbeins. Dasselbe sieht man zwar bei allen Entzündungen des Mundbodens. Doch ist es aber das am meisten charakteristische Symptom der Vereiterung des Raumes zwischen Epiglottis und Schildknorpel. In der ersten Phase dieser Erkrankung bildet dieses Oedem mit der Schmerzhaftigkeit des Zungengrundes und der Dyspnoe die einzigen Symptome der Erkrankung. Man sieht, wie das Bild der Vereiterung der Zungenbasis ähnlich sieht. Nur die laryngoskopische Untersuchung

ist im Stande, die Diagnose zu entscheiden, die im Falle einer Vereiterung der Zungenbasis daselbst eine Schwellung und Starrheit der Epiglottis zeigt.

Was die Vereiterung der Zungenmandel anlangt, so ist diese sicherlich in vielen Fällen von den vorhergehenden Eiterungen unterscheidbar, wenn auch Broca die beiden Erkrankungen identificirt. Ebenso macht Moure keinen Unterschied zwischen den beiden Erkrankungen. Es ist keine Frage, dass der oberflächliche Zungenmandelabscess sich leicht klinisch von dem tiefen Zungenbasisabscess unterscheiden lässt und somit eine Identificirung dieser Eiterungen unthunlich ist. Schwieriger allerdings ist es zu erkennen, wenn es sich analog dem peritonsillären Gaumenabscess um einen Abscess der Zungenmandel handelt, der sich zwischen Zungenmandel und Fascia linguae von Zaglas entwickelt. Die Schwellung am Halse, der Druck und spontane Schmerz an der Zungenbasis sind identisch. Im Spiegel aber ist ein deutlicher Unterschied zu constatiren. Entweder handelt es sich um einen circumscripten einseitigen Tumor, der eine mehr laterale Schwellung der Zunge bildet oder es handelt sich um zwei Tumoren, die in der Mitte vom Ligamentum glosso-epiglotticum getrennt sind. Beide Schwellungen sind verschieden von der uniformen Schwellung der vereiterten Zungenbasis. Nachdem Caboche die Differentialdiagnose bis hierher entwickelt hat, sucht er sich Angesichts der Schwierigkeiten, die dieselbe klinisch bietet, gezwungen, zuzugeben, dass der Abscess der Zungenbasis und die Peritonsillitis der Zungenmandel ein und dieselbe Erkrankung sind. Selbstverständlich bleibt aber die Vereiterung des Raumes zwischen Schildknorpel, Zungenbein und Epiglottis als selbständige Erkrankung bestehen, leider besitzen wir aber von dieser Erkrankung noch keine Beschreibung und fehlt namentlich das laryngoskopische Bild. Eine kurze bibliographische Skizze vervollständigt diese interessante Abhandlung.

LAUTMANN.

d. Diphtherie und Croup.

63) **Thomas Our. Die Ueberwachung der Diphtherie in der Schule. (The control of Diphtheria in schools.)** *Journal of the Royal Institute of Public Health 1910.*

Die Ausbreitung der Infection geschieht entweder direct durch „Träger", als auch indirect durch inficirte Federhalter etc. Diphtheriebacillen bleiben einige Tage am Leben, wenn sie an der Oberfläche eines Federhalters oder Schreibpults angetrocknet sind. Von allen Kindern in einer inficirten Classe sollten Abstrichpräparate gemacht werden und alle, in deren Rachenhöhle Diphtheriebacillen gefunden werden, sollten aufs strengste abgeschlossen werden, bis sie davon frei sind. Die Pulte und alle Schulutensilien sollten desinficirt werden. Schliessung der Schule ist selten nothwendig.

A. J. WRIGHT.

64) **G. Menabuoni. Ueber Toxinnachweis im Blute bei Diphtherie.** *Rivista di Clinica pediatr. No. 1. 1910.*

Verf. fand unter 16 Diphtheriekranken bei 13 Toxin im Blut. Das Toxin verschwindet nach einiger Zeit (der Höchstfall betrug 38 Tage); auch nach An-

wendung von Heilserum verschwindet es nicht sogleich. Die postdiphtheritischen Lähmungen können auch noch zu anderer Zeit auftreten, wo keine Toxine mehr im Blute nachweisbar sind. Die Reaction ist für die Praxis nur in beschränktem Maasse verwendbar, denn bei anderen Krankheiten (Bronchopneumonien) fand sich in einer grossen Zahl der Fälle eine sehr ähnliche Reaction.

FINDER.

65) **R. Collins. Diphtherie und ihre Beziehungen zum Laboratorium. (Diphtheria and its relations to its laboratory.)** *Journal Record of Medicine. Mai 1910.*

Da es vorgekommen ist, dass die Isolirung eines Patienten aufgehoben wurde, nachdem eine Cultur negativ ausgefallen war, und dass trotzdem einige Tage nachher bei andern Familienmitgliedern Diphtherie auftrat, so hält Verf. den zweimaligen negativen Ausfall der Cultur für die Aufhebung der Isolirung nöthig.

EMIL MAYER.

66) **M. Phéline. Ueber die üblen Zufälle bei der Diphtherieserumbehandlung des Kindes. (Essai sur les accidents de la sérothérapie antidiphthérique chez l'enfant.)** *Dissert. Montpellier 1909.*

Hautausschläge, Gelenk- und Muskelschmerzen, Fieber, Magendarmstörungen, Nephritis, einige Todesfälle werden erwähnt. Wie selten im Grossen und Ganzen alle diese Complicationen sind, geht schon daraus hervor, dass Verf. am Ende seiner Arbeit nur vier Selbstbeobachtungen wiedergeben kann; 3mal handelte es sich um Hautausschläge und in einem Falle um Gelenk- und Muskelschmerzen. Alle diese vier Fälle verliefen ohne weitere Störung und Nachtheil.

OPPIKOFER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **Ernest Frazer. Die Entwickelung des Kehlkopfs. (The development of the larynx.)** *Journal of Anatomy and Physiology. Januar 1910.*

Es wurden 8 Embryonen von 5—35 mm Länge in Längsschnitten und Querschnitten und mittels Wachsplattenreconstructionen untersucht. Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt, sind folgende:

Es giebt einen fünften Kiemenbogen hinter und später auch an der Innenseite des vierten. Das Pulmonardivertikel erhebt sich zwischen den beiden fünften Bögen am Boden des Rachens und hinter einer „Centralmasse". Sein proximales Ende zieht sich aus und bildet so die Kehlkopfhöhle unterhalb der wahren Stimmbänder und Aryknorpel, während der darüber liegende Theil ein Theil der Rachenhöhle ist, der durch das Nachvornewachsen der mit einander verschmolzenen Enden des IV. und V. Kiemenbogens eingeschlossen wird. Die wahren Stimmbänder entwickeln sich in dem V. Kiemenbogen; ihnen geht die Bildung eines „Chordalknötchens" vorher. Der Ventrikel ist eine Ausstülpung vom Kehlkopfcavum gerade oberhalb der wahren Stimmbänder; sie werden nicht von einer Kiemenspalte gebildet. Der Schildknorpel entwickelt sich im IV. Kiemenbogen, der Ring- und die Aryknorpel im V.

Die inneren Kehlkopfmuskeln entwickeln sich aus zwei primären Kreisebenen: die äussere aus dem IV. Kiemenbogen bildet den M. cricothyreoideus, die innere aus dem V. Bogen bildet alle inneren Muskeln. Die Epiglottis ist ein Derivat der „Centralmasse" mit einer Zufügung von Elementen des III. Kiemenbogens.

A. J. WRIGHT.

68) **J. Holinger. Der Kehlkopf von Mycetes seniculus (Brüllaffe). (The larynx of Mycetes seniculus (howling monkey).** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910. The Laryngoscope. April 1910.*

Der Bau des Kehlkopfes macht es dem Brüllaffen unmöglich, den Kopf gleich den anderen Affen aufrecht zu tragen, da der grosse Larynx und das Zungenbein die aufrechte Stellung der Wirbelsäule nicht gestatten. Mundhöhle, Pharynx und Larynx unterscheiden sich erheblich von denen bei anderen Affen, nur die Trachea gleicht der der übrigen Affen. Die grösste Abweichung zeigt das Zungenbein: sein Körper zeigt eine grosse Bulla zwischen den beiden Seiten des äusserst hohen Unterkiefers. In engem Zusammenhang mit diesem knöchernen Resonator steht der Schildknorpel. In dem grossen Larynx befindet sich ein grosser Apparat, der dem Thiere gestattet, entweder ruhig zu athmen oder den Resonator zum Tönen zu bringen. Die physikalische Erklärung für die starken Töne kann nicht gegeben werden.

EMIL MAYER.

69) **Wm. A. Mac Donald. Membran zwischen den Stimmlippen. (Membrane between the vocal cords.)** *Canada Journal Medicine and Surgery. December 1909.*

Es handelt sich um ein 12 Jahre altes Mädchen. Die Membran wurde mit einer Zange entfernt und dann mit Schroetter'schen Bougies erweitert.

EMIL MAYER.

70) **Shirmunski. Fall von Cyste des Kehldeckels. (Slutschai kisti nadgostelnika.)** *Jeshemesjatschnik. p. 617. 1909.*

Der Fall beansprucht in diagnostischer Hinsicht Interesse, da er sogar Laryngologen zu irriger Diagnose verleitete.

Patient hatte sich vor 3 Jahren durch Fischknochen verletzt. Schmerzen stellten sich plötzlich vor einem Jahre ein. Im letzten Jahre Blutung und das Gefühl von Fremdkörper. — Nach Pinselung von Seiten eines Laryngologen starke Blutung. S. fasste die Geschwulst vermittelst kalter Schlinge und schnitt sie dann mit der Scheere ab. Sie war 2 cm lang und 1 cm breit. Pathologisch-anatomisch erwies sie sich als Epidermiscyste.

P. HELLAT.

71) **D. J. Gibb Wishart. Kehlkopfpapillome. (Papillomata of the larynx.)** *The Canadian Practicioner and Review. September 1909.*

$3\frac{1}{2}$jähriges Kind; zunächst Entfernung der Papillome per vias naturales und Intubation; später Tracheotomie. Ein Jahr darauf Thyreotomie; das Kind konnte aber nicht decanulirt werden; bis zwei Jahre nach der ersten Operation traten häufig Recidive ein, dann konnten keine mehr entdeckt werden.

EMIL MAYER.

72) **Harmon Smith. Multiple Kehlkopfpapillome. (Multiple papilloma of the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1910*

5jähriger Knabe. Tracheotomie, dann Entfernung einer Anzahl von Papillomen unter Leitung der Jackson'schen Tube. Fortwährende Recidive, so dass nach einem Jahre der ganze Larynx mit Geschwülsten erfüllt war. Verschiedene locale und innerliche Maassnahmen wurden ohne Resultat angewandt. Die Canüle blieb über 18 Monate liegen. Nachdem man den Kehlkopf sich selbst überlassen hatte, verschwanden die Papillome. Bei der letzten Operation, nach welcher die Geschwülste anfingen zu verschwinden, war die Fulguration angewandt worden.

EMIL MAYER.

73) **A. L. Gray. Bemerkungen über die Röntgentechnik bei der Behandlung von Kehlkopfpapillomen bei Kindern. (Remarks on the x-ray technic in the treatment of laryngeal papillomata in children.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni .1910.*

Zwei Fälle wurden offenbar günstig durch die Behandlung beeinflusst. In beiden war vorher die Tracheotomie gemacht worden. EMIL MAYER.

74) **Joseph B. Greene. Verschwinden einer Kehlkopfgeschwulst, wahrscheinlich Carcinom, ohne Behandlung. (Disappearence of a laryngeal growth probably carcinoma without !treatment.)** *Journal American Medical Association. 6. November 1909.*

Am 4. Juni sah man auf der Mitte des linken Stimmbandes eine kleine Geschwulst von Form und Grösse eines kleinen Weizenkorns; nicht gestielt; Oberfläche etwas uneben, die Basis deutlich geröthet. Am 7. October war keine Spur von der Geschwulst mehr zu erblicken. EMIL MAYER.

75) **D. Bryson Delavan. Diagnose und pathologischer Befund bei einem ungewöhnlichen Fall von Kehlkopfepitheliem. (The diagnosis and pathological findings in an unusual case of epithelioma of the larynx.)** *Interstate Medical Journal. Juli 1910.*

Der Fall illustrirt die Schwierigkeiten der Diagnose, denen man bisweilen begegnet. EMIL MAYER.

76) **Moure. Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes. (Des Enchondromes du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 34. 1910.*

Es werden zwei Fälle mitgetheilt, von denen der erste ein echtes Chondrom des Kehlkopfs betrifft. Der Tumor ging von der hinteren Seite des Ringknorpels aus und wuchs zu enormer Grösse zwischen Kehlkopf und Speiseröhre heran. Merkwürdigerweise verursachte er keine besonderen Schluckstörungen. Der Pat., ein 62jähriger Mann, consultirte hauptsächlich wegen Athemstörung und Heiserkeit. Seltener Weise, wie z. B. in dem Uebersichtsreferat von Durand u. Garel (Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXIV. No. 12) nicht angeführt, zeigte der Tumor auch äusserlich unter dem Zungenbein eine Vorwölbung. Extraction unter Cocainanästhesie. Heilung. Der zweite Fall betrifft einen 46jährigen Mann, bei dem sich eine Art Versteinerung des Kehlkopfinneren und der Trachea fand.

Die genaue Diagnose wurde nicht gemacht auch nach Eröffnung der Trachea. Es wurde nur ein Theil des Tumors herausgenommen. Pat. starb 8 Tage nach der Operation. Moure zweifelt, ob nach genauer anatomischer Diagnose eine elastische Dilatation eine Besserung hätte herbeiführen können. Der Patient ist nicht endoskopirt worden, wenigstens findet sich keinerlei derartige Angabe. LAUTMANN.

77) **Menzel. Malignes Hypernephrom des Kehlkopfes.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. Juni 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Haselnussgrosser Tumor des Taschenbandes, Metastasen in der Lungenspitze, der Hilusdrüsen und im Kreuzbein. Erste Beobachtung einer Hypernephrommetastase im Larynx. HANSZEL.

78) **E. Schmiegelow. Klinische Beiträge zur Pathologie des Kehlkopfkrebses. (Kliniske Bidrag til Strubekraeftens Pathologi.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 28 und 29. 1910.*

Schmiegelow hat 48 Patienten mit Kehlkopfkrebs behandelt — 8 Weiber und 40 Männer.

3 Patienten waren unter 40 Jahre alt, 22 40—60 und 23 über 60 Jahre alt.

Die Stimmbänder waren in 23 Fällen die Ursprungsstelle. S. betont besonders die Heiserkeit als ein sehr allgemeines Anfangssymptom. Die Diagnose wurde in 25 Fällen vermittelst der endolaryngealen Probeexcision und nachfolgender Mikroskopie gestellt. 19mal handelte es sich um Epitheliome, 3mal um Carcinoma polyposum alveolare, 2mal um Adenocarcinom und 1mal um Carcinoma medullare. In 3 Fällen wurde die mikroskopische Diagnose nach der Operation festgestellt. Bei den übrigen 20 Patienten konnte S. mit Hilfe der Laryngoskopie die Diagnose aufstellen.

Bei den 48 Patienten wurde vorgenommen:

Keine Behandlung	in	9	Fällen,	0	Heilung,	9	Tod oder Recidiv
Tracheotomie	„	6	„	0	„	6	„ „ „
Endolaryngeale Operation . .	„	5	„	1	„	4	„ „ „
Thyreotomie	„	20	„	10	„	10	„ „ „
Exstirpatio laryngis partialis	„	4	„	0	„	4	„ „ „
Exstirpatio laryngis totalis . .	„	5*	„	1	„	4	„ „ „

(* Der eine Patient war vorher thyreotomirt worden und hatte Recidiv bekommen.)

S. hebt hervor, dass die Thyreotomie gegen den auf die Intralaryngealgegend beschränkten Krebs die Hauptmethode ist. L. MAHLER.

79) **Winogradow. Zur Frage der Behandlung bösartiger Kehlkopfgeschwülste vermittelst Röntgenstrahlen. (K wopresu o letscheni slokatschestwen. opacholei gortani lutschami Rentgenia.)** *Jeshemesjatschnik. p. 610. 1909.*

Autor bespricht zunächst die einschlägige Literatur und führt dann seine eigenen Beobachtungen an. Bisher sind 3 Fälle von ihm behandelt worden. In einem Falle wurde Heilung erzielt; nach $^1/_2$ Jahre kein Recidiv. In anderen Fällen wurde Erleichterung in Bezug auf Husten und Schmerz beobachtet. P. HELLAT.

80) **B. Hiltermann. Beitrag zur Casuistik der Larynxsarkome.** *Dissertation. München 1908.*

Bis zum Jahre 1897 konnte Bergeat 99 primäre und 19 secundäre Kehlkopfsarkome aus der Literatur zusammenstellen. H. hat nun die seither bekannt gewordenen Fälle gesammelt: 20 Fälle von primärem, 2 von secundärem und 1 Fall von per continuitatem propagirendem Kehlkopfsarkom.

Verf. theilt auch 2 noch nicht veröffentlichte Fälle von Kehlkopfsarkom aus der Klinik von Prof. Neumayer ausführlich mit. Bei dem 1. 47jährigen Patienten nahm das Spindelzellensarkom in der rechten Aryknorpelgegend seinen Ursprung, füllte den rechten Sinus piriformis aus und recidivirte nach der Pharyngotomia subhyoidea. Nochmals Pharyngotomie; Pneumonie, Exitus. — Bei dem 2. 54jähr. Patienten ging das Sarkom von der linken Taschenlippe aus. Tracheotomie, Laryngofissur und Excision des Tumors. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: kleinzelliges Rundzellensarkom.

In dem kurzen Abschnitt der Therapie empfiehlt H. einzig die Laryngofissur, und doch sind die Chancen einer Radicalheilung grösser, wenn die partielle oder totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen wird. OPPIKOFER.

81) **Botey. Die Laryngostomie beim Kehlkopfkrebs. (La laryngostomie dans le cancer du larynx.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 3.*

Die Laryngostomie kann mit Vortheil zur Nachbehandlung des Kehlkopfkrebses verwandt werden, wenn man mit einer partiellen Operation auszukommen glaubt und nicht die Totalresection vornimmt. Sargnon hat bereits diese Indication für die Laryngostomie angegeben, doch scheint dies Botey unbekannt gewesen zu sein, als er in einem Falle von Spindelzellensarkom, der wiederholt thyreotomirt worden war, nach partieller Resection des Kehlkopfes die Nachbehandlung per laryngostomiam durchführte. Thatsächlich ist man so in die Lage versetzt, die unmittelbaren Recidive besser controliren zu können. Ob wirklich die Laryngostomie eine grosse Zukunft in der Behandlung der malignen Tumoren des Kehlkopfes hat, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls muss man die schonendste Methode der Laryngostomie (die italienische) anwenden, um nicht durch den Reiz die Recidive zu beschleunigen. LAUTMANN.

82) **Tapia. Ein Fall von zweizeitiger Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Un cas d'exstirpation totale du larynx en deux temps.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 4.*

Die Tracheotomie musste schleunigt zu Beginn der Operation ausgeführt werden wegen plötzlicher Asphyxie. Diese Indication für die zweizeitige Carcinomoperation ist bisher, glauben wir, noch nicht hervorgehoben worden.

LAUTMANN.

83) **M. Minz. Zur Frage der Spätanfälle von Dyspnoe nach Totalexstirpation des Larynx. (K woprosu o posdnich pripatkach uduschja posle polnardo is sefschenija gortani.)** *Rusk. Wratsch. No. 28. 1908.*

Minz fügt in dieser Mittheilung seinem ersten Fall von Fibrinpfropfen in den Bronchien nach Larynxexstirpation noch zwei neue Fälle hinzu. Es setzten

sich in dem einen Falle nach 27 Tagen, in dem anderen nach 21 Tagen Fibrinmassen in den Bronchien fest, die starke Athembeschwerden machten. Erst nach der Entfernung derselben trat freies Athmen ein.

M. hat in 13 Fällen von Larynxexstirpation 3mal diese Erscheinung beobachtet. Er wundert sich, warum ähnliche Mittheilungen von anderen Operateuren nicht erfolgt sind.

P. HELLAT.

84) **Schiller. Ueber intratracheale Strumen.** *Dissert. Königsberg 1907.*

Sch. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von intratrachealer Struma aus der Königsberger Universitäts-Poliklinik mit genauem mikroskopischem Befund.

Sch. fand im Ganzen 16 Fälle in der Literatur. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass sich die intratrachealen Strumen bei Personen meist jüngeren Alters vorfinden (12 unter 35 Jahren). 12 Fälle gehören dem weiblichen und nur 4 dem männlichen Geschlecht an. Bei 15 Fällen sass die Struma im obersten Theil der Luftröhre oder auch gleichzeitig im unteren Abschnitt des Kehlkopfes; nur einmal fand sich eine versprengte Struma als haselnussgrosser Tumor am Eingange in den rechten Bronchus.

OPPIKOFER.

85) **J. P. Berens. Ein Fall von primärem Trachealcarcinom. (A case of primary carcinoma of the trachea.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Cfr. Verhandlungen der 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Boston Juni 1909.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

86) **Riedel** (Jena). **Ueber den Verlauf und Ausgang der Strumitis chronica.** *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Riedel beschreibt das Bild der so selten auftretenden Strumitis, die sich bei jugendlichen Individuen durch subacute Schwellung und Verhärtung der Schilddrüse äussert, die ganze Schilddrüse ergreifen kann und durch Compression der Trachea starke Athemnoth zeitigt. Bei manchen Kranken entwickelt sich das Leiden nur bis zu einem bestimmten Grade und geht dann wieder spontan zurück, so dass die Kranken keine chirurgische Hülfe aufsuchen; dies erklärt vielleicht die Thatsache, dass aus Deutschland im Ganzen nur 4 Fälle bekannt sind. Mancher Kranke mag auch schon unter der Diagnose „inoperables Carcinom“ elend zu Grunde gegangen sein. Da Carotis, Jugularis interna und N. vagus untrennbar mit der Geschwulst verwachsen sind, ist halbseitige Strumectomie unmöglich, ebenso unmöglich ist die Tracheotomie sowohl superior wie inferior, wenn der Isthmus der Schilddrüse ein etwas grösseres Volumen hat. Dagegen lässt sich die Athemnoth durch Excision eines bis auf die Trachea reichenden Keiles aus dem Isthmus der Schilddrüse verringern. Durch Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes und Narbenzug tritt dann bisweilen eine relative Heilung ein, wie die bisher publicirten Fälle, sowie die in der Arbeit mitgetheilten Krankengeschichten beweisen.

HECHT.

87) **Roemheld** (Schloss Hornegg). **Basedow mit starker Hypertension.** *Med. Correspondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins. 40. 1910.*

Mittheilung eines Falles von Basedow bei einer 38jährigen Frau, bei welcher auch nach der Strumectomie der Blutdruck noch stark erhöht blieb, wenn auch im Ganzen niedriger, als vor der Operation. SEIFERT.

88) **J. B. Deaver. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Southern Medical Journal. Januar 1910.*

Als Factoren, die für eine erfolgreiche chirurgische Behandlung ausschlaggebend sind, bezeichnet D. die folgenden: Auswahl der Fälle und den Zeitpunkt der Operation; sorgfältige Anästhesie — er selbst bevorzugt, wenn keine Contraindicationen vorhanden sind, Aether —; Wahl einer dem Fall angemessenen Operation, d. h. dass man nicht eine Excision macht, wo der Patient nur eine Unterbindung aushält; schnelles und geschicktes Operiren; Vermeidung einer Verletzung des N. recurrens und der Nebenschilddrüsen durch Erhaltung der hinteren Kapsel und der A. parathyreoideae; genügende Drainage der Wunde.

EMIL MAYER.

89) **G. Telyun. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Eine sehr erschöpfende Arbeit über Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, mit besonderer Rücksicht auf den Basedow. Eine Wiedergabe des Inhalts im Referat ist nicht möglich. A. J. BRADY.

90) **Sinclair Gillies. Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Verf. fasst seinen Standpunkt in folgende Sätze zusammen: Die Schilddrüse ist ein Organ, dessen Secretion von Bedeutung ist. In 700 Fällen nach ihrer Entfernung trat Myxödem ein. Die Mehrzahl der leichten und im Anfangsstadium befindlichen Fälle heilt bei prompter Behandlung. Die wesentlichen Factoren der Behandlung bestehen in absoluter Ruhe und regulirter Diät. Unter Ruhe ist Bettruhe zu verstehen, Fernhaltung von Besuchen, Geschäften etc. Fleisch, Kaffee, Thee, Alkohol sind untersagt. Kein Fall soll chirurgisch behandelt werden, ohne dass er zum mindesten 3 Monate lang einer strengen medicamentösen Behandlung unterworfen worden ist. Fälle, die nach dieser Zeit keine Besserung zeigen, sollen operirt werden, falls nicht abgewartet werden kann. Zum Schluss werden die verschiedenen Mittel der Behandlung erörtert. A. J. BRADY.

91) **W. G. Stewart Mc Kay. Die Pathologie und chirurgische Behandlung des Basedowkropfes. (The pathology and surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Wenn 3 Monate lange andauernde Behandlung keine Besserung ergiebt, so muss die Operation erfolgen, da sonst allmählich Degeneration des Herzens und anderer Organe zu befürchten ist. Verf. hat 40 Fälle operirt. Jeder Fall ist vor der Operation zwei Wochen unter Alt'scher Diät im Bett gehalten worden; zwei-

mal täglich wurden kleine Dosen Atropin gegeben; dies soll bei Operationen, die den Vagus reizen, gegen Herzstillstand schützen. Verf. zieht die Aethernarkose der Localanästhesie vor. Er ist überzeugt, dass 75 pCt. der Fälle geheilt werden können; in den Fällen, in denen die Operation keinen Erfolg hat, ist durch zu langes Zuwarten das Herz geschädigt worden. A. J. BRADY.

92) **Channing Frothingham. Neue Fortschritte in der Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Recent advances in the treatment of Grave's disease.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Mai 1910.*

Auf Grund einer Uebersicht über die neuere Literatur fordert F. sorgfältiger zusammengestellte Statistiken und mehr experimentelle Untersuchungen, damit die wahre Natur der Erkrankung definitiv ergründet werden kann.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

93) **G. Larché. Der Speiseröhren-Speicheldrüsenreflex von Roger bei den Verengerungen der Speiseröhre, speciell bei Speiseröhrenkrebs. (Syndrome oesophago-salivaire de Roger dans les sténoses de l'oesophage en général et dans le cancer en particulier.)** *Dissert. Paris 1909.*

Jede Erregung der Speiseröhrenschleimhaut wirkt auf die Function der Speicheldrüsen. Der vermehrte Speichelfluss ist intensiv bei Fremdkörpern der Speiseröhre und bei ausgedehntem Krebs, während bei den übrigen Verengerungen der Speiseröhre der vermehrte Speichelfluss meist nur zur Zeit der Mahlzeiten eintritt. Krankengeschichten. OPPIKOFER.

94) **Preleitner. Oesophagusstrictur nach Scharlach.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1910.*

Nicht nur im Oesophagus, sondern auch im Rachen zeigten sich derbe Narben und Defecte mehrere Wochen nach einer Scarlatina. HANSZEL.

95) **Geo W. Ross. Fall von traumatischer Oesophagusstrictur bei einem 2 Jahre alten Kinde. (Case of traumatic oesophageal stricture in a two years old child.)** *New York State Journal of Medicine. Juli 1910.*

Allmähliche Erweiterung der Strictur mittels Tuben. Heilung.

EMIL MAYER.

96) **Gèzes. Fremdkörper des Oesophagus und Oesophagoskopie. (Corps étrangers de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 32. 1910.*

Ueber die vom Autor mitgetheilten zwei Fremdkörperfälle hat Moure auf dem letzten französischen Rhino-Otologen-Congress, Paris 1910 (s. diesen) schon Mittheilung gemacht. Auf die grosse Unterstützung, die Moure nicht nur bei der Diagnose, sondern auch während der Extraction des zweiten Fremdkörpers durch die gleichzeitige Benutzung der X-Strahlen erfahren hat, hat Moure ebenfalls gelegentlich seines Vortrages hingewiesen. LAUTMANN.

97) **Bourack. Ein Fall von Fremdkörper des Oesophagus mit tödtlichem Ausgange. (Un cas de corps étranger de l'oesophage avec terminaison mortelle.)** *Arvhives Internat. de laryngol, Tome XXIX. No. 3.*

Der zuerst consultirte Arzt glaubte eine Fischgräte im Anfangstheil des Oesophagus „getastet" zu haben. Wiederholte Versuche, des Fremdkörpers mittels Zangen habhaft zu werden, schlugen fehl. Bourack, der am nächstfolgenden Tage zu Rathe gezogen wurde, konnte mittels der v. Eicken'schen Hypopharyngoskopie und mittels Oesophagoskopie feststellen, dass von einem Fremdkörper keine Spur vorhanden vor. Wohl aber constatirte er eine Verletzung der hinteren Larynxfläche, die offenbar von dem vielfachen Zangenanlegen und digitalen Untersuchungen herrührte. Es entwickelte sich 5 Tage später eine Phlegmone in dem Kehlkopf, die die Patientin getödtet hätte, wenn nicht Bourack in extremis eine Tracheotomie gemacht und den Abscess geöffnet hätte. Anfangs schien sich das Befinden der Patientin zu bessern, doch ging sie 2 Tage später an einer Mediastinitis zu Grunde. Die Autopsie liess von einem Fremdkörper nichts entdecken. Bourack zieht die Schlussfolgerung, dass die endoskopische Methode viel allgemeinere Verbreitung auch ausserhalb der Laryngologie finden sollte. Etwas übertrieben ist es allerdings, zu sagen, dass „die Technik der Oesophagoskopie sehr einfach ist, deren Erlernung weder viel Zeit noch Mühe erfordert".

LAUTMANN.

98) **Dreesmann** (Cöln). **Zwei Fälle von verschlucktem Gebiss.** *Med. Klinik. 42. 1910.*

In den beiden Fällen konnte bei der ösophagoskopischen Untersuchung der Fremdkörper nicht resp. nicht genau gesehen werden. Im zweiten Falle hatte die Gaumenplatte $^3/_4$ Jahre lang in der Speiseröhre gelegen. Nach Orientirung mit Hülfe der Radioskopie Entfernung der Fremdkörper durch Oosophagotomia externa. Glatte Heilung.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Klose** und **Vogt** (Frankfurt a. M.). **Klinik und Biologie der Thymusdrüse. (Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Knochen- und Nervensystem.)** Tübingen, H. Laupp. 1910.

Das vorliegende Buch kann als eine wichtige Etappe auf dem Wege der Thymusforschung bezeichnet werden, welche noch eine ganze Reihe von Aufgaben zu lösen hat, wenn auch die Klinik und die Beziehungen zur Neurologie und zum biochemischen Stoffwechsel durch die Arbeiten der Verff. ausserordentlich gefördert wurden. Für uns sind von besonderem Interesse die Ausführungen über den Thymustod, der ja nach der Druckwirkung entweder ein Herz- oder ein Hirntod oder ein Erschöpfungs-(Inanitions-)Tod ist. Die Eigenheiten der topographischen Chirurgie der Thymus sind wesentlich bedingt durch die stark wechselnde Turgescenz des Organs, die wiederum abhängig ist von der directen reichlichen Anschaltung an die grosse Körperschlagader und der dadurch bedingten Antheil-

nahme an Störungen der centralen Kreislaufspumpe. Die Lage im Mediastinum, die feste Adhärenz mit dem Herzen, das Wechseln mit der Athmung, die mit dem Wachsthum eintretende Senkung des Zwerchfells, dazu die Elasticität des kindlichen Thorax, der Schalleindrücke unscharf macht, bedingt die Unsicherheit der percutorisch und radiologisch aufgestellten Typen. Es ist nicht zu vergessen. dass die nicht mit Methoden zu bewerthende congenitale und durch die Thymus nach bestimmter Richtung hin verstärkte toxische allgemeine Körperschädigung bei der Thymusstenose eine mehr oder minder wichtige Rolle spielt. Diese constitutionelle Körperschädigung kommt zu Stande durch eine Säurevergiftung (Nucleinsäure). Seifert (Würzburg).

b) Charles Hunton Knight und **W. Sohier Bryant. Diseases of the nose, throat and ear.** Zweite revidirte Auflage mit 239 Illustrationen. Verlag von P. Blackston's son and Co. Philadelphia 1909.

Die Kapitel über Nase und Hals sind in dieser zweiten Auflage von Knight bearbeitet worden, der wegen seiner conservativen Anschauungen und grossen Erfahrungen auf jenem Gebiet bei allen seinen Fachgenossen gut bekannt ist.

Bezüglich seiner Anschauungen betreffs einiger der neueren Errungenschaften in unserer Specialität erwähnen wir Folgendes:

„Denen, die von der Einführung der directen Untersuchungsmethoden (Kirstein), einer der wichtigsten Fortschritte in unserem Specialfach, eine Umwälzung in der Laryngoskopie herleiten, könnte es scheinen, als ob der Vornahme von Verrichtungen in den oberen Luftwegen auf diesem Wege nur spärliche Aufmerksamkeit geschenkt worden sei. Zwei Gründe sind vornehmlich dafür maassgebend gewesen: erstlich ist es nicht wahrscheinlich, dass die älteren Untersuchungsmethoden aus der täglichen Praxis verdrängt werden. Die Klasse von Fällen, die für jenes Anwendungsgebiet geeignet sind (Fremdkörper, Neubildungen bei Kindern, Geschwülste in der vorderen Commissur oder unterhalb der Stimmbänder etc.) bieten ein verhältnismässig beschränktes Feld für das neue Verfahren. In zweiter Linie sind der besondere dazu nöthige Apparat und eine ungewöhnliche operative Geschicklichkeit der allgemeinen Anwendung mehr oder minder im Wege. Es scheint daher gerechtfertigt, die Beschreibungen den Specialmonographien zu überlassen und das Verfahren den Wenigen anheimzugeben, die diesem Gegenstande besondere Beachtung geschenkt haben.

Hier zu Lande haben der Fleiss und der Scharfsinn von Jackson, Ingals und Mosher, im Ausland der von Killian und Brünings zusammengewirkt, um das Verfahren zu einer Höhe fast absoluter Vollkommenheit zu bringen. Seine grossen Vortheile für chirurgische Maassnahmen müssen zugegeben werden; jedoch sind die mittels der gewöhnlichen Methoden erreichten Resultate im Allgemeinen zufriedenstellend. Gleiches ist zu sagen über den ingeniösen elektrischen Beleuchtungsapparat zur Pharyngoskopie, den Hays angegeben hat. In schwierigen und zweifelhaften Fällen kann er sich entschieden nützlich erweisen."

Das Kapitel über die Septumdeviationen ist anschaulich, concis und von conservativen Anschauungen erfüllt. Die ausgezeichneten Resultate der Röntgen-

strahlenbehandlung bei Rhinosklerom, wie sie von den neueren Autoren angegeben werden, finden keine Erwähnung.

In Bezug auf das Heufieber kommt der Verf. zu dem Ergebniss, dass ungeachtet aller Bemühungen man leider alljährlich das traurige Schauspiel eines Patienten sieht, der nach Erschöpfung aller dem praktischen Arzt zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, nach Durchprobirung aller bekannten Quacksalbereien, nach Entfernung der meisten seiner intranasalen Gebilde durch eifrige Rhinologen, das unselige Opfer der Krankheit bleibt.

Die Lectüre des Buches, von dessen Geist diese Citate eine Vorstellung geben sollen, wird für Jeden von Nutzen sein. Emil Mayer.

c) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Januar 1910.

Braun spricht über ein Gumma septi cartilaginei bei einem hereditär-luetischen 15jährigen Mädchen und betont die seltene Localisation im knorpeligen Septum sowie das späte Auftreten der ersten Manifestation.

An der Discussion betheiligte sich Roth. Er berichtet, dass in einem analogen Fall beim Vater des Mädchens positiver Wassermann zu constatiren war, bei dem klinisch sicher luetischen Mädchen die Probe negativ ausfiel; in gleichem Sinne sprachen sich Hirsch, Hajek, Heindl und Menzel aus. — Glas betont die Wichtigkeit der completen Reaction zwecks Diagnose.

Glas demonstrirt einen Patienten mit isolirtem Pemphigus der Mund- und Kehlkopfschleimhaut, wobei auch typische Efflorescenzen am Tubenostium zu beobachten sind; ferner ein gummöses Ulcus unter der Zunge bei einer 40jährigen Frau. Wassermann positiv.

Kahler stellt einen Patienten vor, bei welchem als zufälliger Nebenbefund bei der directen Tracheoskopie ein Divertikel der Trachea — ein rudimentärer Bronchus — gesehen wurde.

Ferner einen 63jährigen Patienten, welchem im Jahre 1907 von Chiari wegen Carcinom die rechte Kehlkopfhälfte entfernt wurde. Nun Carcinom der linken Larynxseite, weswegen Chiari in Localanästhesie (Scopolamin-Morphium-Schleich) die Exstirpation auch der linken Kehlkopfhälfte und eines grossen Theiles vom Pharynx ausführte. Die nun nöthige Hautplastik wird mit einem gestielten Lappen vom Sternum ausgeführt werden, da die Halshaut zu stark behaart ist.

Weil schlägt die elektrolytische Zerstörung der Haarbälge vor, wogegen Kahler zu bedenken giebt, dass dadurch die Ernährung des Lappens leiden könnte.

Kahler berichtet über die Entfernung eines 3 cm langen Nagels aus dem rechten Unterlappen-Bronchus bei einem 34jährigen Manne auf bronchoskopischem Wege.

Marschik demonstrirt eine luetisch narbige Stenose des Einganges in den linken Bronchus mittelst directer Tracheoskopie bei einer 47jährigen Patientin.

Kofler berichtet über einen Fall von Dakryocystitis chron. purulenta im Anschluss an eine Radicaloperation nach Luc-Caldwell. Es handelt sich um eine postoperative Complication — eine Stenose des Thränennasencanals in der Höhe des oberen Randes der unteren Muschel — die Infection des Thränensackinhaltes ist wahrscheinlich von der Nase her erfolgt.

Ueber einen ähnlichen Fall berichtet Hajek.

Kofler konnte ferner eine „Patientin mit Neuritis retrobulbaris oculi dextri, Fingerzählen auf circa 40 cm, centrales Scotom für alle Farben“ durch Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel vollständig von der Augenaffection heilen.

Hajek demonstrirt ein Präparat von Myxom des Nasengerüstes, welches pathologisch-anatomisch und klinisch interessant ist.

Menzel berichtet über den in der vorigen Sitzung als wahrscheinliche Struma accessoria des Kehlkopfes vorgestellten Fall, dass es sich zweifellos um einen branchiogenen, aus zahlreichen Cystchen bestehenden Tumor des Larynx gehandelt hat.

Sitzung vom 9. Februar 1910.

1. Fein stellt einen Fall von Sclerom der Nase, des Kehlkopfes und der Trachea vor, bei welchem sich zur Trachealstenose noch eine functionelle Larynxstenose gesellte.

2. Kahler demonstrirt den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Totalexstirpation nach der Pharynxplastik — durch das Bestehen einer Fistel ist die Sprache bei verstopfter Canüle recht vernehmlich geworden.

3. Kofler zeigt eine Patientin mit angeborener Faltenbildung im Recessus piriformis, die von Fein in der Discussion als Plica nervi laryng. superioris angesprochen wird, stellt weiter eine Patientin mit einer Kiefercyste vor, bei welcher der Gerber'sche Wulst aussergewöhnlich stark ausgebildet ist.

4. Menzel demonstrirt a) ein Cylindrom des Zungengrundes, das trotz längerer Dauer keine regionären Drüsenmetastasen setzte und wobei der Patient noch an Körpergewicht zunimmt; b) einen Patienten mit linksseitiger Stirnfistel, welche in einen abgesackten, mit der Stirnhöhle nicht communicirenden Raum führt. Demonstration von Röntgenbildern, die die Topographie erläutern.

5. Glas demonstrirt einen geheilten, radical operirten Patienten nach traumatischer Stirnhöhleneiterung und spricht über einige Details bei Ausführung seiner Radicaloperationen nach Killian.

6. Hanszel demonstrirt das histologische Präparat einer congenitalen Cyste des Ductus thyreoglossus, bespricht die Krankengeschichte und Operation und betont die grosse Seltenheit der Persistenz des Duct. thyreoideus mit Communication in eine Verzweigung des Duct. lingualis.

Discussion: Koschier bestätigt die Nothwendigkeit der äusserst exacten operativen Entfernung, da sonst sicher Recidive eintreten.

7. R. Müller als Gast spricht über die Verwendbarkeit der Wassermannschen Reaction, deren negatives Resultat wohl mit der grössten Wahrscheinlichkeit Lues ausschliesst. — Ueber ihre Erfahrungen sprachen hierzu Menzel, Koschier, Roth und Weil.

8. Hütter demonstrirt das Präparat eines kindlichen Kehlkopfes mit congenitaler Missbildung.

Sitzung vom 2. März 1910.

1. Fein demonstrirt einen Patienten mit einer endonasalen, vermuthlich congenitalen diaphragmatischen Membran.

Discussion: Glas sah einen ähnlichen Fall, bei welchem es sich um isolirtes Sclerom handelte, Weil einen ähnlichen Narbenstrang nach Diphtherie.

2. Weil stellt einen Patienten mit Tumor des Zungengrundes vor. Diagnose noch unsicher.

3. Menzel berichtet über den in der Februarsitzung vorgestellten Fall von Fistelbildung der linken Stirnwand. Es wurde bei der Radicaloperation festgestellt, dass es sich um einen durch ein Septum nahezu vollständig abgeschlossenen Recessus der Stirnhöhle der anderen Seite handelte. Von Interesse ist die Thatsache, dass man vom inneren Ende des linken Margo supraorbitalis in die rechte Stirnhöhle gelangte.

4. Hugo Löwy aus Karlsbad demonstrirte mikroskopische Präparate von zwei Fällen gutartiger Epithelialgeschwülste der Nase.

5. Moszkowicz demonstrirt mit dem Projectionsapparat eine Reihe photographischer Aufnahmen zur Illustration verschiedener Operationsmethoden, mit denen es gelingt, Nasendeformitäten ohne äussere Narbe zu corrigiren, der Vortragende bespricht die Technik der Vaselininjection, sowie der Resection prominenter Theile und demonstrirt das Instrumentarium.

In der Discussion besprechen Weil und Fein ihre diesbezüglichen Erfahrungen.

Sitzung vom 6. April 1910.

Glas demonstrirt einen Patienten nach einer Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian; es bestand eine aussergewöhnlich grosse Orbitalbucht, welche lateral noch einen Verticalschnitt nöthig machte.

Marschik berichtet über einen Fall von schwerer Nachblutung nach Tonsillektomie. Patientin war offenbar wegen einer chronischen Nephritis und durch die im Beginne befindlichen Menses zu starker Blutung mehr disponirt. Die Blutung erfolgte abwechselnd beiderseits, konnte links durch Anlegen des Schureink'schen Häkchens (Verklemmung der Gaumenbögen), rechts aber erst nach Unterbindung der rechtsseitigen Carotis externa zum Stillstand gebracht werden.

Discussion:

Réthi und Fein wollen das Gebiet der Indication zur Tonsillektomie begrenzt wissen, Weil konnte in einem Falle von Tonsillarblutung durch Vernähen der Gaumenbögen über einem Tampon prompte Stillung erreichen, Hajek,

Koschier, Kofler und Chiari sprechen sich nebst anderen Bemerkungen dahin aus, dass nach der Tonsillektomie keine grössere Gefahr für eine Blutung besteht, als bei der Tonsillotomie', Marschik sah günstige Einwirkung von Forminttabletten auf die postoperativen Beläge und empfiehlt beim Erwachsenen durchschnittlich, nicht erst die Tonsillotomie zu versuchen, sondern gegebenenfalls gleich die Tonsillektomie auszuführen, weil diese dann leichter auszuführen ist.

Sitzung vom 4. Mai 1910.

Marschik demonstrirt 3 Patienten mit Stenose des Introitus nasi (plastische Operation mit Dilatation [Dilatatoren eigener Construction]), ferner einen Patienten, welcher nach Totalexstirpation des Larynx mit Pharynxstimme deutlich sprechen kann, endlich diverse neue Instrumente (Reinigungsfeder für die Dupuy'sche T-Canüle), neuer Wangenhaken für Luc-Caldwell und Instrumente für die Killian'sche Stirnhöhlenoperation.

Neumann stellt einen Patienten mit Septumabscess dentalen Ursprungs vor.

Discussion: Roth, Heindl, Hirsch.

Menzel: 1. Doppelte luetische Perforation des hintersten Antheiles des Septums.

2. Ein von Dr. Westcoal in Chicago angegebenes, von ihm modificirtes Instrument zur Operation an den Muscheln in engen Nasen (zu haben bei Firma Reiner, Wien).

Glas: 1. Traumatisches Empyem der Stirnhöhle. Radicaloperation, Heilung.

2. Angina ulcero-membranacea Vincenti bei einem an Zahngeschwüren und Periostitis alveolaris inferior leidenden Patienten. Hinweis auf das Vorkommen von Mischinfectionen.

In der Discussion wurde von mehreren Herren die Ansicht vertreten, es sei sehr zweifelhaft, dass die bekannten Bakterienformen für diese Erkrankung als specifisch anzusehen sind. Hanszel.

---

d) Sitzungen der oto-laryngologischen Section des XI. Pirogow'schen Congresses in St. Petersburg

vom 22. bis 27. April 1910.

Auf dem Congress kamen 20 Vorträge zur Verlesung, von denen die Mehrzahl dem Gebiete der Ohrenheilkunde angehören. Die Section war schwach besucht und die Vorträge gehören fast ausschliesslich einer Klinik an.

Galebski: Ueber untere und obere Pharyngoskopie.

Redner benutzt den Apparat von Hays. Untersucht wurden 150 Personen. Mit dem Apparat gelang es ihm auch, den Nasenrachenraum zu besichtigen.

Wojatschek: Demontration einer Vorrichtung zur Besichtigung des Trommelfelles von zwei Personen.

Wojatschek: Ueber die Bedeutung der Oesophagoskopie ohne Mandrin.

Redner empfiehlt die Besichtigung des Oesophagus unter der Führung des Auges mit dem Tracheoskop und in zwei Sitzungen, wobei die Pharyngoskopie in sitzender Stellung ausgeführt wird.

Zytowitsch: Bronchoskopie bei Kindern.

Bei Kindern ist die Bronchoskopie häufiger erforderlich, besonders bei Athembeschwerden. Dadurch kann man die Tracheotomie häufig umgehen.

Durch die Tracheo-Bronchoskopie wird die Behandlung der Abscesse der Bronchialdrüsen und der Schleimhaut ermöglicht.

Bei Kindern unter 3—4 Jahren gelingt die Bronchoskopie ohne jegliche Anästhesie, bei 7—8 Jahren mit örtlicher, später mit allgemeiner Anästhesie.

Iwanow: Die Stimme und Sprache ohne Larynx.

Redner theilt die Larynxlosen in drei Kategorien:

1. Klanglose Sprache; gehört werden nur Consonanten.

2. Klangliche Sprache mit Bildung der Töne zwischen der Zungenwurzel und der Pharynxwand.

3. Explosivsprache bei Laryngostomirten, bei denen der Kehlkopf als functionirender Apparat nicht thätig ist.

Swershewski: Erkrankungen der Thränenwege rhinogener Natur.

Redner untersuchte an einem grossen anatomischen Material die Verhältnisse der Thränenwege. Er fand, dass die Ursachen für pathologische Vorgänge abhängen 1. in erster Linie von der Mündung des Thränencanals in der Nase; 2. von der Form des Canals. In der unteren Abtheilung werden Unregelmässigkeiten hauptsächlich durch das Septum verursacht. Der Behandlung nach Okunew verspricht Redner eine gewisse Zukunft.

Samoilenko: Operative Behandlung des deformirten Nasenseptums.

Redner ist ein warmer Anhänger der Methode von Killian und Freer.

Osokin: Ueber hohes Pal. dur. in Verbindung mit hypertrophischen Rachenmandeln und anderen Ursachen der Mundathmung.

Auf Grundlage eines Materials von 242 Untersuchungen kommt Autor zu folgenden Schlüssen: 1. Die Behauptung Siebenmann's bestätigt sich nicht. Mundathmung wirkt auf den Gaumen. 2. Verkrümmung des Nasenseptums ist häufiger bei Erwachsenen, und bei der Mundathmung. 3. Ein Verhältniss zwischen hohem Gaumen und den Dimensionen der Nase liess sich nicht feststellen.

Nedler: Ueber Schiefhaltung des Kopfes nach Adenoidenoperation.

N. kommt zum Schluss, dass es sich hier um Lymphdrüsenschwellung handelt. — Zytowitsch glaubt, dass Drüsenschwellung Ausdruck von Sepsis ist. — Ihm sind 2 Todesfälle bekannt.

Zytowitsch: Zur Behandlung von Tonsillitiden.

Redner plädirt für conservative Behandlung vermittelst Massage.

Wojatschek schliesst sich dem an, aber operirt, wenn in den Mandeln die Ursache für Peritonsillitis und andere Erkrankungen vorliegt.

Gawrilow ist derselben Anschauung.

Samoilenko: Ueber die Deformation des weichen Gaumens hereditärer Natur.

Solche sind: 1. Wucherung des Gaumengewebes und der Uvula, 2. Atrophie desselben Gewebes, 3. unregelmässiges Wachsthum.

Referirt nach Jeshemesjutschnik. P. Hellat.

---

e) Erster Congress der französischen Gesellschaft für Pädiatrie.
Paris 29.—30. Juli 1910.

Ueber die Functionen der Thymus.

Weill: Die Thymus ist als lymphatisches Organ sehr empfindlich für alle Infectionen. Als Drüsenorgan scheint sie in der Bildung der Purinstoffe eine Rolle zu spielen und sich auch mit den anderen Drüsen, die eine interne Function haben, in der Wirkung zu vereinen. Sicher ist jedoch dies nicht. Hingegen glauben Basch u. a., dass in den ersten Lebenstagen die Thymus einen Einfluss auf das Skelettwachsthum hat. Als Blutdrüse scheint der Thymus keine besondere Aufgabe zuzufallen. Eine Cachexia thymipriva kennt man nicht. Eine Störung in der Function der Thymus ist ohne jeden sicheren Grund mit dem plötzlichen Tode in Verbindung gebracht worden. Vielleicht ist eine Beziehung noch zwischen Thymus und Geschlechtsapparat möglich.

Die Pathologie der Thymus.

Marfan: Die häufigste Ursache der Hypertrophie der Thymus, der Hyperplasie des Thymusgewebes, ist die Syphilis und die Tuberculose. Jedoch alle Infectionen und Intoxicationen können dieselbe erzeugen. Daher findet man sie häufig vergesellschaftet mit der Rachitis und mit der Anschwellung der übrigen lymphatischen Gewebe. Die beste Methode, die Hypertrophie der Thymus nachzuweisen, ist neben der Percussion die Radioskopie. Hierauf beschreibt Marfan die bekannte Symptomatologie der hypertrophischen Thymus. Als charakteristische klinische Zeichen giebt er an, dass das Stenosengeräusch bei horizontaler Lagerung, also im Schlafe und bei Geradestreckung des Kopfes zunimmt. Auch psychische Erregungen können ohne jede andere Ursache dieses Stenosengeräuschathmen (ein Ausdruck wie Cornage fehlt uns) hervorrufen. Es kommt zu dyspnoischen Anfällen, die sich derart häufen können, dass das Kind in Lebensgefahr kommt und sogar in einem solchen Anfall stirbt. Dieses chronische stridoröse Athmen, bedingt durch die Hypertropie der Thymus, ist strenge zu unterscheiden von den acuten Formen des lärmenden Athmens der Säuglinge, unter denen namentlich jenes durch die anatomischen Veränderungen des Kehlkopfeinganges, Epiglottis und aryepiglottische Falten bedingte wohl als die häufigste bezeichnet werden kann. Neben dieser Form ist noch die wohl bekannte Stenosen-Athmung in Folge von

Compression der Trachea durch die Mediastinaldrüsen und die etwas seltenere durch die Paralyse der Dilatatoren des Kehlkopfes bedingte, gewöhnlich auch nur in Folge von geschwollenen Drüsen, besonders zu erwähnen.

Man hat vielfach den Anästhesietod der Kinder mit der Hypertrophie der Thymus in Verbindung gebracht. Es scheint aus dem Studium der Publicationen hervorzugehen, dass sehr verschiedene Verhältnisse den verschiedenen Beobachtungen zu Grunde liegen. Eine Klärung dieses praktisch sehr bedeutenden Punktes wäre sehr erwünscht. Der Berichterstatter konnte nur auf diese Differenzen hindeuten.

Hat man die Diagnose von Thymushypertrophie gemacht, so muss man immer den Versuch einer antisyphilitischen Behandlung machen. Nach deren Fehlschlag kann man die übrige antilymphatische Medication beginnen. Später kann man das Adrenalin versuchen. Auch können Versuche mit Röntgenbehandlung gemacht werden. Bei Lebensgefahr ist die Einführung eines langen Intubationsrohres zu versuchen. Hingegen ist die Tracheotomie im dyspnoischen Anfall zu verwerfen. Nach dem Anfall muss man dann zu einer der bekannten chirurgischen Operationen schreiten.

Die Chirurgie der Thymus.

Victor Veau: Am allerbesten ist es, die sogenannte Thymectomia sublobalis subcapsularis auszuführen. Die Thymopexie und die Resection des Manubrium sternalis sind weder leichtere Eingriffe, noch geben sie besondere Resultate. Die Thymektomie kann im Allgemeinen als ein leichter Eingriff bezeichnet werden. In 5 Fällen, die dem Berichterstatter eigen sind, ist kein Todesfall zu verzeichnen. Der bekannte Todesfall ist von anderer Seite vorher tracheotomirt und dann thymektomirt worden. Durch die Operation wird die Dyspnoe sicher behoben, das stridoröse Athmen kann aber trotz Operation noch bestehen bleiben. In Folge dessen kann das stridoröse Athmen als solches niemals die Indication zur Operation abgeben.

Discussion:

René Cruchet (Bordeaux): Die Compression der Trachea durch die hypertrophische Thymus scheint kaum in Frage zu kommen bei den Suffocationserscheinungen, da das Gewicht der Thymus vollständig unabhängig zu sein scheint von diesen dyspnoischen Anfällen. Mitunter macht eine Thymus von 2—3 g schwere Erscheinungen, während in anderen Fällen eine Thymus von 200 g spurlos ertragen wird. Es ist wahrscheinlicher anzunehmen, dass Compression der Nachbarnerven (Vagus, Recurrens, Nervi thymici) die Anfälle hervorruft.

Hutinel (Paris): Man muss unterscheiden zwischen dem Spasmus glottidis und dem echten thymischen Anfall. Der Glottisspasmus ist sicher vom Gewichte der Thymus unabhängig, wenngleich die Hypertrophie der Thymus diese Zustände übel zu beeinflussen im Stande ist.

Boissonas (Genf) berichtet über folgenden charakteristischen Fall: Ein 2 Monate alter, an der Brust gestillter Knabe wird mit stridulösem Athmen und Dyspnoe eingeliefert. Die oberen Luftwege sind frei, die Epiglottis von normaler Consistenz und Form. Bei der Exspiration fühlt man deutlich an der Fossa

suprasternalis eine kuglige Masse, die bei jeder Inspiration im Thorax verschwindet. Oberhalb des Sternums ist percutorisch über 4 cm Breite eine Dämpfung zu constatiren, die radioskopisch einem Schatten entspricht. Kummer entfernt 20 g der Thymus und findet, dass die Trachea abgeplattet ist und an der comprimirten Stelle eine Erweichung zeigt. Der Stridor erscheint am Tage nach der Operation wieder. 2 Tage später muss eine Tracheotomie gemacht werden. Exitus 8 Tage später.

Marfan: Selbstverständlich ist die Grösse der Thymus nicht allein das Maassgebende und müssen auch die anderen anatomischen Verhältnisse (Weite der Thoraxapertur, Beziehungen zu den Nerven etc.) berücksichtigt werden. Er möchte im Schlussworte noch einmal darauf aufmerksam machen, dass man den Stridor congenitalis oder vestibularis, bei dem es sich um eine Missbildung der Epiglottis und stets nur um die Inspiration handelt, vom Stridor thymicus unterscheiden muss. Der letztere ist in- und exspiratorisch, wird durch die Intubation nicht geändert, durch die Geradestreckung des Kopfes, durch Horizontallagerung im Schlafe gesteigert. Lautmann (Paris).

---

f) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 27. Januar 1910.

Vorsitzender: Weinberg.

Arnoldson demonstrirt 2 Fälle von chronischem Stirnhöhlenempyem, nach Killian mit gutem Erfolg operirt.

Sitzung vom 24. März 1910.

Vorsitzender: Weinberg.

Stangenberg berichtete über 3 Fälle von Larynxtumoren, von denen einer demonstrirt wurde.

Sitzung vom 28. April 1910.

Vorsitzender: Larsson.

Holmgren berichtete über einen operirten Fall von chronischer Ethmoiditis. Seit mehreren Jahren litt ein 40jähriger Mann an Stirnschmerzen; Empfindlichkeit gegen Druck, aber nicht bei Palpation im inneren Augenwinkel; im mittleren Nasengang ab und zu schleimig-eitriges Secret. Durchleuchtung mit Vohsen's Lampe zeigte Undurchsichtigkeit der rechten Stirnhöhlengegend, eine Röntgenphotographie dagegen keinen Unterschied zwischen rechter und linker Seite. Im Boden der Stirnhöhle zwei Ethmoidalzellen mit verdickter Schleimhaut und schleimig-eitrigem Secret; die Stirnhöhle ohne Besonderheit.

Arnoldson berichtete a) über 3 Fälle von Fremdkörpern in Trachea und Oesophagus;

b) einen Fall von Sinusitis frontalis acuta mit cerebralen Symptomen und schwerer Intoxication;

c) einen Fall von Cancer des Oberkiefers bei einer älteren Frau, die nach der Operation starb.

N. Witt berichtete über 5 Fälle von chronischer Entzündung der Oberkieferhöhle, die mit radioactivem Wasser längere Zeit ohne Erfolg gespült waren.

Holmgren theilte seine Erfahrung über Tracheo-Bronchoskopie mit; der Vortrag soll publicirt werden. E. Stangenberg.

g) Laryngological Section of Royal Society of Medicine. London.

Sitzung vom 4. Juni 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant stellt ein 17jähriges Mädchen vor, bei dem er die Killian-sche Radicaloperation wegen Stirnhöhleneiterung im Januar 1908 vorgenommen hatte. Die Heilung ging aussergewöhnlich schnell von statten, doch blieben Supraorbitalschmerzen bestehen, gegen die keine Behandlung etwas half.

Tilley berichtet über einen identischen Fall; nichts half gegen die Schmerzen, bis er einige von den Siebbeinzellen und noch vorhandene Polypen entfernte. In dem vorgestellten Fall findet er eine feste Verwachsung zwischen der mittleren Muschel und dem Septum. Er räth, diese zu durchtrennen und die vorderen Siebbeinzellen auszuräumen.

Scanes Spicer: Wenn in jedem Fall von Eiterung der Stirnhöhle so viel wie möglich die erkrankte mittlere Muschel entfernt würde, so würde eine äussere Operation nur selten nöthig sein.

H. J. Davis: Viele Fälle von Schmerzen nach Stirnhöhlenoperation können mit Erfolg mit Easton's Triphosphatsyrup behandelt werden, der bei Ischias, Neuritis oder Neuralgie aus irgend einer Ursache grosse Erleichterung schafft. D. hat vor einiger Zeit eine Patientin gesehen, bei der das Resultat einer doppelseitigen Stirnhöhlenoperation ausgezeichnet war, die Absonderung ganz aufgehört hatte, aber immer noch intensive Schmerzen bestanden. Nach Anwendung des Triphosphatsyrup hörten die Schmerzen auf.

Donelan meint, die Ursache für das Weiterbestehen der Schmerzen könne gelegentlich liegen in einer secundären durch ein völliges Septum von der eigentlichen Höhle getrennten Höhle, die bei der Operation nicht eröffnet worden sei.

Dundas Grant hält die Schmerzen für rheumatischer Natur; er will dem Rath von Davis folgen und weiterhin über den Fall berichten.

Dundas Grant stellt einen zweiten Fall von Stirnhöhlenempyem vor, in dem eine von ihm vorgenommene modificirte Operation kein zufriedenstellendes Resultat gab. Auf die Killian'sche Radicaloperation erfolgte Heilung.

Dundas Grant stellt schliesslich einen dritten Fall, eine 20jährige Frau betreffend, vor, in dem er die Killan'sche Radicaloperation gemacht hat. Es handelte sich um eine vor 7 Jahren erlittene Schussverletzung. Nach Fortnahme der vorderen Wand traf man auf eine sich vorwölbende pulsirende Membran. Die ganze Vorderwand wurde entfernt, jedoch konnte die Hinterwand nicht gefunden werden. Die Patientin war 8 mal operirt worden.

Felix Semon glaubt, dass die Flintenkugel durch die Vorderwand hindurchgegangen ist und die Hinterwand zersplittert hat.

Mackenzie, der der Operation beigewohnt hat, meint, dass die sich vorwölbende Membran die Wand einer Cyste der Arachnoidea sei — die Folge des Traumas.

Powell denkt daran, dass der Sinus fehlte oder sehr klein war und dass die Vorderwand durch das Trauma zerstört worden sei und dass das, was für die Vorderwand gehalten wurde, in Wirklichkeit die Hinterwand war.

Grant macht darauf aufmerksam, dass hinter der entfernten Knochenwand sich das Infundibulum fand, wodurch die Ansichten der Vorredner widerlegt werden. Die vorgewölbte Membran pulsirt mit der Athmung. G. hat nichts daran operirt, aus Furcht, in den Meningealraum zu kommen.

Lambert Lack demonstrirt einen Fall von congenitaler Fistel in der Mittellinie der Nase. Während er früher niemals dergleichen gesehen hatte, hat er jetzt 2 solche Patienten im London Hospital in Behandlung.

Scanes Spicer zeigt 1. einen Mann mit Mykosis der Tonsillen, des Pharynx und der Zunge.

2. Berichtet er über Fremdkörperfall des Larynx. Eine Nähmaschinennadel war in der Sagittallinie im Kehlkopf eingekeilt; sie konnte nach erfolgter Cocainisirung zwar mit der Zange gefasst, aber nicht entfernt werden. Ein Narkoticum wurde gegeben, die Nadel wieder gefasst und man fühlte jetzt, dass sie nachgab. Die Athmung setzte aus und Pat. wurde pulslos. Man konnte constatiren, dass die Nadel mit ihrem Kopfende durch die Membrana hyo-thyreoidea hindurchgedrungen war und man konnte sie unter der Haut des Halses fühlen. Es wurde auf ihr eingeschnitten und sie so entfernt. Heilung.

H. J. Davis stellt ein 12jähriges Mädchen vor mit einem Primäraffect in der Mitte der Oberlippe.

Zuerst war eine Drüsenschwellung auffallend, die anfänglich für „Parotitis" gehalten wurde. In der letzten Woche erkannte aber D., dass ein kleiner brauner Schorf an der Innenfläche der Lippe Schuld an der Drüsenschwellung war. In dem Geschwürssecret wurde auch die Spirochaeta pallida gefunden.

Archibald Smith beschreibt die Technik, die er in diesem Fall bei den Spirochätenpräparaten befolgt hat; in den submaxillaren Drüsen ist es ihm nicht gelungen, Spirochäten zu finden.

Dundas Grant hat in einem seiner Fälle ebenfalls nur in der Tiefe des Geschwürs, aber nicht in den Drüsen Spirochäten gefunden.

Davis hebt als besonders charakteristisch die enormen, steinharten Drüsen hervor. Er macht auf die eigenthümliche Beschaffenheit des Geschwürs aufmerksam, das wie ein brauner Schorf über einer fissurirten Lippe aussieht und nicht im mindesten wie ein Hutchinson'sches Geschwür. Er erinnert an die von ihm im Mai 1906 berichteten Fälle von oraler Infection in einer Familie. In Südafrika hat D. die Beobachtung gemacht, dass eine Ansteckung der Familienmitglieder unter einander ohne Vermittlung der Genitalien nicht selten ist.

Davis: 1. Fall von Bronchocele nach Operation.

2. Fall von chronischem Oberkieferempyem mit theilweiser maligner Erkrankung des Antrum.

Exitus. Ein Präparat zeigt, dass in der Tiefe ein Sarkom sitzt, sonst sind nur einfache Polypen sichtbar.

Donelan demonstrirt einen Fall von chronischer Oberkieferhöhleneiterung, die eine maligne Erkrankung vortäuscht.

D. verbreitet sich über die Zweckmässigkeit, das vordere Ende der unteren Muschel nicht abzutragen.

Sitzung vom 5. November.

Hett demonstrirt Präparate von chronischem Rotz bei einem 24jährigen Mann. Die während des Lebens sichtbaren Veränderungen bestanden in der Mundhöhle, Nase und im Pharynx; post mortem fanden sich solche auch in Leber und Lungen. Sie zeigten eine sehr grosse Aehnlichkeit mit tertiärer Syphilis.

Dan Mc Kenzie: Perforation des Septum durch Salzstaub.

Die 20jährige Patientin ist in einer Salzfactorei angestellt. Drei andere von im ganzen acht solchen Arbeiterinnen zeigen dieselbe Veränderung. Mikroskopische Schnitte von dem Gewebe an den Rändern der Perforation zeigen typische Riesenzellen.

St. Clair Thomson demonstrirt 1. eine 46jährige Frau mit Kehlkopftuberculose. Die Erkrankung war durch zweimonatige Schweigekur und Sanatoriumbehandlung völlig geheilt.

Er demonstrirt ferner zwei Patienten mit Tuberculose der Epiglottis, der Stimmbänder und der Taschenfalten. Die Erkrankung wurde zum Stillstand gebracht durch Galvanokaustik und Sanatoriumbehandlung.

Redner betont, dass, wenn die Erkrankung in den Lungen zum Stillstand gebracht ist, die Kehlkopftuberculose selten eine acute Form annimmt. In geeignet ausgewählten Fällen war nach der galvanokaustischen Punction keinerlei Reaction. Th. perhorrescirt die Amputation der Epiglottis, da er Fälle kennt, in denen danach — wahrscheinlich durch Eröffnung von Lymphgefässen — eine acute Miliartuberculose folgte.

Jobson Horne sagt, dass die Infiltrationsfälle für die Behandlung mit dem galvanokaustischen Stich am dankbarsten sind. Diese Behandlung kommt der Naturheilung durch Fibrosirung und Epithelverdickung am nächsten und verhindert den Zerfall.

2. $6^1/_2$jähriger Knabe, der seit 4 Jahren von Kehlkopfpapillomen geheilt ist durch Tracheotomie und wiederholte Operationen unter directer Laryngoskopie (18mal unter Chloroform). Die Papillome recidivirten von 1906—1909. Das Kind hat 4 Jahre lang die Tracheotomiecanüle getragen. Die Stimme ist jetzt gut und der Larynx frei. Th. verwirft die Laryngofissur in diesen Fällen, da durch diese die Kinder zu Krüppeln gemacht werden.

Stuart Low demonstrirt drei Fälle von inoperablem Carcinom (extralaryngeal, des Rachens resp. der Zunge), in denen die partielle Abtragung der vergrösserten Schilddrüse und die Unterbindung der Thyreoidgefässe mit grossem Nutzen vorgenommen wurde.

Entfernung der Schilddrüse durch Unterbindung führte zu einer myxomatösen Degeneration in den Cervicaldrüsen. Incision der Drüsen und Drainage ergab die Anwesenheit grosser Mengen von Mucin. Low stellt fest, dass die Unterbindung eine Verzögerung im Wachsthum der Geschwülste bewirkt.

Dundas Grant demonstrirt zwei Fälle von erfolgreicher Behandlung von Kehlkopfcarcinom durch Laryngofissur.

Fox demonstrirt einen Fall von Myotonia atrophica bei einem 57jährigen Mann mit Lähmung des rechten Stimmbandes.

Es wird darüber discutirt, ob die Kehlkopflähmung eine Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung ist oder nicht.

H. J. Davis: Fall von acutem Pemphigus des Kehlkopfes und der Athmungswege bei einem 40jährigen Mann. Es bestanden Blasen und grosse Pigmentflecken auf dem Körper, ferner auf der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des Rachens und der Nase; besonders eigenthümlich war die Beschaffenheit des Kehlkopfinneren: seine Oberfläche war rauh und mit Blasen bedeckt, die Stimmbänder sahen leuchtend carmoisinroth aus.

St. Clair Thomson räth, in solchen Fällen dreimal täglich 5 Tropfen Laudanum zu geben.

Peterson demonstrirt einen aus dem rechten Bronchus eines 6jährigen Kindes entfernten Fremdkörper.

Der Fremdkörper (ein Stück Erdnuss) hatte 6 Wochen im Bronchus gesessen. Die Entfernung geschah in Chloroformnarkose.

Sitzung vom 3. December.

Dundas Grant demonstrirt einen 63jährigen Mann (bereits 1906 vorgestellt), bei dem ein Pharynxcarcinom exstirpirt war nebst den Drüsen und einem Stück der Vena jugularis interna. Es ist nach 3 Jahren ein Recidiv erfolgt. Die Schilddrüse wurde dann entfernt, was eine erhebliche subjektive Besserung zur Folge hatte.

Betham Robinson stellt 1. einen Mann mit linksseitiger Abductorlähmung infolge Bleivergiftung vor;

2. eine chronische Laryngitis mit rechtsseitigem Prolapsus ventriculi.

Herbert Tilley demonstrirt den Kehlkopf eines 78jährigen Mannes, bei dem im September 1896 das rechte Stimmband wegen Carcinoms entfernt worden war. Dreizehn Jahre später entwickelte sich ein Carcinom des linken Stimmbandes. Es wurde die Tracheotomie gemacht, jedoch der Patient starb. Die Narbe auf der operirten rechten Seite war vollständig gesund. Sir Felix Semon, der den Patienten vor 13 Jahren gesehen hatte, hatte sich der

Diagnose angeschlossen und diese wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

H. J. Davis betont, dass die beiden 13 Jahre auseinanderliegenden Erkrankungen nicht mit einander in Zusammenhang gebracht werden können.

De Santi meint ebenfalls, dass es sich hier nicht um ein Recidiv, sondern um eine Neuerkrankung gehandelt habe. Man muss bei dem Patienten eine gewisse Prädisposition für maligne Erkrankungen annehmen.

St. Clair Thomson erinnert an die von Butlin und Semon berichteten Fälle, in denen man annehmen musste, dass durch ein Carcinom der einen Stimmlippe die andere Seite inficirt wurde. Er selbst verfügt über einen Fall, wo ein Stimmband wegen Carcinoms entfernt wurde und ein Carcinom auf der Zunge, aber auf der entgegengesetzten Seite, entstand.

St. Clair Thomson stellt einen 4jährigen Knaben vor, der von einer Kehlkopfstenose nach Tracheotomie wegen Diphtherie durch 3 Jahre lang fortgesetzte Intubation geheilt wurde.

William Hill: Zwei Fälle maligner Erkrankung mittels Radium behandelt.

Fall I: Mann mit maligner inoperabler Geschwulst am Halse. Nach 22stündiger continuirlicher Application von 50 mg Radiumbromid Verkleinerung des Tumors.

Fall II: Fall von Oesophaguscarcinom. Seit Juli sechsmalige intraösophageale Application. Vor der Operation konnte Patient ausschliesslich Flüssigkeiten schlucken; jetzt kann er mit Leichtigkeit auch feste Speisen essen.

Symonds demonstrirt einen Fall, wo wegen septischer Osteomyelitis des Stirnbeins nach chronischem Stirnhöhlenempyem der Knochen zum grössten Theil hatte entfernt werden müssen. Der Knochen hatte sich wiedergebildet und die Deformation sich so ausgeglichen.

Scanes Spicer demonstrirt ein Modell zur Illustration der verschiedenen Wirkung von Abdominal- und Costalathmung und deren Wirkung auf Kehlkopf, Thorax und allgemeine Gesundheitsverhältnisse.

In einer lebhaften Discussion ergab sich, dass die Ansichten des Redners nicht allgemein getheilt wurden.

H. J. Davis.

III. Briefkasten.

Zweiter Congress der Russischen Oto-Laryngologen.

Moskau, 8. bis 12. Januar 1911.

Die Themata:

1. Adenotomie und ihre Complicationen,
   Referent: Prof. Nikitin.
2. Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter,
   Referent: Dr. med. Baron Spengler,

werden in der gemeinschaftlichen Sitzung mit der Gesellschaft der Kinderärzte zur Discussion gestellt.

Eine Sitzung wird zusammen mit dem Taustummenlehrer-Congress stattfinden.

Executiv-Comité:

A. Iwanoff, Vorsitzender.
Swerschewsky, Schriftführer.
Preobrajensky, Schatzmeister.
Mitglieder: St. v. Stein, Maljultin, Resser, Rau, Spengler. Litschkuss.

XVII. Internationaler Medicinischer Congress 1913 in London.

Am 11. November hat in London eine Sitzung der laryngologischen und otologischen Mitglieder des britischen Organisationscomités für den XVII. Internationalen Congress stattgefunden. Die Anwesenden sprachen sich einstimmig dafür aus, dass auch bei dem bevorstehenden Congress Laryngologie und Otologie in Gestalt von zwei von einander unabhängigen Sectionen repräsentirt sein sollen, die in benachbarten Räumen zu tagen und deren Vorstände sich über die Programme mit einander ins Einverständniss zu setzen hätten.

Diese in der Vorversammlung der laryngologischen und otologischen Mitglieder gefassten Beschlüsse sind in einer am 22. November stattgehabten Plenarsitzung des britischen Executivcomités angenommen worden. Ferner wurde beschlossen, dass die Mitglieder der laryngologischen und der otologischen Section die Verhandlungen beider Sectionen erhalten sollten. Zum Präsidenten der laryngologischen Section wurde St. Clair Thomson gewählt.

Internationale Skleromconferenz.

Das Internationale Skleromcomité, das auf dem XVI. Internationalen Medicinischen Congress in Budapest ins Leben gerufen wurde, hatte bereits für Ende dieses Jahres in Wien eine Conferenz in Aussicht genommen. Wie wir erfahren, hat die Conferenz auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden müssen. Ferner erfahren wir, dass Dr. Hermann von Schrötter, der Generalsecretär des Comités, beabsichtigt, ein Werk zu Stande zu bringen, welches den gegenwärtigen Stand der Skleromforschung darstellen und den Mitgliedern der Conferenz vorgelegt werden soll. Auch ist es seinen Bemühungen gelungen, die österreichische Heeresverwaltung zu veranlassen, Erhebungen über das Vorkommen des Skleroms in der Armee zu veranstalten.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

I. J.

K.

M.

N.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

D.

E.

F.

G.

H.

O.

P.

S.

T.

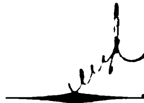
U.

V.

W.

X.

Z.



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.